DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE
DMA

À adresser <u>sous pli confidentiel</u> à l'attention de votre Commission Médicale

Tout dossier incomplètement rempli sera irrecevable et retourné à l'arbitre

SECRET MÉDICAL

SAISON :

Demande de licence d'arbitre de ☐ **DISTRICT** .....
☐ **LIGUE** .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Adresse : .....

Téléphone :..... Courriel :.....

PRÉAMBULE

Le DMA (p.1 à 4) contient un examen clinique qui correspond au certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.

Selon les articles 69 et 76 du code de déontologie médicale, nous attirons votre attention sur l'importance de l'ensemble des examens demandés dans le cadre d'une politique de prévention de la santé et de la pratique du sport. La prise en compte des facteurs de risque est nécessaire et l'avis d'un spécialiste peut être requis.

Il est préconisé que ce DMA soit effectué par un médecin fédéral du football ou un médecin titulaire d'un diplôme de médecine du sport, à défaut le médecin généraliste de l'arbitre peut l'établir.

- *La Commission Médicale de district ou de ligue de l'arbitre fait lecture de tous les éléments constituant le dossier et valide l'autorisation d'arbitrer. En cas d'avis médical défavorable de la commission médicale concernée, ou si la constitution administrative du dossier est incomplète, l'autorisation d'arbitrer ne sera pas délivrée.*

Le Médecin Fédéral National

Partie strictement réservée à la Commission

➲ AVIS DE LA COMMISSION MÉDICALE DE ☐ DISTRICT .....
☐ LIGUE .....

Ayant pris connaissance du dossier de l'arbitre précité et des conclusions de l'examen du Docteur .....

☐ **transmet le dossier au secrétariat du district ou de ligue pour la délivrance de la licence arbitre.**

☐ **décide que le dossier ne peut être validé pour raison :**

☐ administrative Motif :.....

☐ médicale Motif : un courrier explicatif sera adressé à l'arbitre.

Date : Signature et cachet :

DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....

QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par l'arbitre préalablement à l'examen clinique

❑ non	❑ oui*	Avez-vous été hospitalisé(e) ?	* *précisez :* .....
❑ non	❑ oui*	Avez-vous été opéré(e) ?	* *précisez :* .....
❑ non	❑ oui*	Avez-vous interrompu pour raisons médicales votre activité d'arbitre durant la dernière saison ?	* *précisez :* .....
❑ non	❑ oui*	Avez-vous des troubles de la vue ?	* *précisez la correction :* ❑ lunettes ❑ lentilles
❑ non	❑ oui*	Souffrez-vous de diplopie (vision dédoublée par instant) ?	
		Avez-vous connaissance dans votre famille *(et survenue avant l'âge de 50 ans)* d'une ?	
❑ non	❑ oui*	- pathologie neurologique, maladie cardiaque ou vasculaire	* *précisez l'âge :* .....
❑ non	❑ oui*	- mort subite durant le sport ou non, y compris du nourrisson	* *précisez l'âge :* .....
		Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort ?	
❑ non	❑ oui	- un malaise/perte de connaissance	
❑ non	❑ oui	- des palpitations (cœur irrégulier)	
❑ non	❑ oui	- une douleur thoracique	
❑ non	❑ oui	- une fatigue/un essoufflement inhabituel	
		Avez-vous déjà eu un(e) ?	
❑ non	❑ oui*	- électrocardiogramme	* date : .....
❑ non	❑ oui*	- échocardiogramme	* date : .....
❑ non	❑ oui*	- épreuve d'effort maximale	* date : .....
		Avez-vous ?	
❑ non	❑ oui	- une maladie cardiaque	
❑ non	❑ oui	- une maladie des vaisseaux	
❑ non	❑ oui	- été opéré du cœur/des vaisseaux	
❑ non	❑ oui	- un diabète	
❑ non	❑ oui	- un cholestérol élevé	
❑ non	❑ oui	- un souffle cardiaque	
❑ non	❑ oui	- un trouble du rythme connu	
❑ non	❑ oui	- un hypertension artérielle	
❑ non	❑ oui*	Fumez-vous ?	* *nombre par jour ?* ..... *depuis quelle date ?* .....
❑ non	❑ oui*	Avez-vous des allergies ?	* *précisez :* .....
❑ non	❑ oui*	Prenez-vous un traitement régulièrement ?	* *précisez :* .....
❑ non	❑ oui	Êtes-vous suivi régulièrement par un dentiste ?	
❑ non	❑ oui*	Avez-vous eu des problèmes vertébraux ou ostéoarticulaires ?	* *précisez :* .....
		Date de votre dernière vaccination contre le tétanos ?	
		Autre(s) sport(s) pratiqué(s) :	

Je soussigné(e), ... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date : Signature *(obligatoire)* :

CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DES DONNÉES

IMPORTANT : Sans votre consentement signé la commission médicale ne pourra faire lecture de votre DMA pour établir votre aptitude

Je soussigné(e), ...**consens expressément à ce que mes données personnelles y compris mes données de santé** figurant sur l'ensemble du DMA fassent l'objet d'un traitement par la commission médicale de district ou de ligue et ce afin de statuer sur mon aptitude médicale dans le cadre de ma demande de licence d'arbitre.

Les données précitées sont uniquement destinées à la commission médicale de district, ou de ligue, qui les conserve dès l'enregistrement du dossier, et ce durant toute l'activité de l'arbitre, puis les supprime définitivement dans l'année qui suit la cessation totale de ladite activité. En conséquence, l'arbitre est invité à faire systématiquement une copie de ses dossiers et examens s'il souhaite en conserver l'historique.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent.

L'arbitre peut exercer ses droits en s'adressant auprès de la commission médicale en charge de l'instruction de son dossier.

Date : Signature *(obligatoire)* :

DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....

EXAMEN CLINIQUE

ANTÉCÉDENTS DÉCLARÉS

MEDICAUX ET CHIRURGICAUX	
ALLERGIE(S)	
TRAITEMENT(S) EN COURS	

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : ..... (m/cm)	IMC :	Normal	Surpoids	Obésité modérée	Obésité sévère	Obésité morbide
Poids : ..... (kg/g)	**(Poids / Taille ²)**	18,5 à 25	25 à 30	30 à 35	35 à 40	Plus de 40

EXAMEN SOMATIQUE

EXAMEN APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN : anomalie éventuelle

EXAMEN APPAREIL RESPIRATOIRE

EXAMEN CARDIOLOGIQUE

● ***Selon l'avis du médecin, du cardiologue ou présence de signes fonctionnels : la fréquence des examens peut être modifiée et d'autres exigés***

	Nbre facteurs de risque (hors âge)		Âge ❑ > à 50 ans	**Selon le protocole établi : examens à effectuer** Joindre : tracé et interprétation *(non automatique)* de l'ECG et conclusions des autres examens
PRESSION ARTERIELLE ⇩	❑ Antécédents familiaux ❑ HTA ❑ Diabète ❑ Tabac ❑ Hyperlipidémie ❑ Obésité IMC > 30 ❑ Autres	-	*Moins de 18 ans*	***Aucun examen cardiaque à effectuer***
		-	*de 18 ans à +*	***Une seule fois par carrière :*** *Échographie cardiaque* > *Cet examen exigé lors du 1er DMA : est à réaliser dans un délai de 12 mois à partir de la date dudit DMA*
		-	*de 18 à 34 ans inclus*	***Une seule fois sur la tranche d'âge :*** *ECG de repos* > *Cet examen exigé lors du 1er DMA : aucun délai n'est accordé, il doit être présenté lors de ce 1er DMA.*
		0 ou 1	*de 35 ans à +*	***Tous les 5 ans :*** *ECG de repos + Épreuve d'effort à visée cardiologique*
		2 ou +	*de 35 ans à +*	***Tous les ans :*** *ECG de repos* ***Tous les 5 ans :*** *Épreuve d'effort à visée cardiologique* (examen a minima -peut être complété)

ACUITÉ VISUELLE

● ***La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage***

ŒIL DROIT	**Sans correction :**	**Avec correction :**	**Mode de correction éventuel :**
ŒIL GAUCHE	**Sans correction :**	**Avec correction :**	☐ lunettes ☐ lentilles

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE

Je soussigné(e), ...docteur en médecine à ..... certifie avoir examiné ☐ Melle, ☐ Mme, ☐ M. ..... , arbitre de football, et constaté qu'il (elle) :

☐ **Présente, à ce jour, une absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.**

☐ **Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage.**
Préciser le motif : .....

Date de l'examen : Signature et cachet :

DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

Nom : ..... Prénom : ..... Saison : .....

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE

EXAMEN RÉSERVÉ UNIQUEMENT AUX ARBITRES DE LIGUE

Cet examen est **pratiqué par un médecin ophtalmologue**.

Il est **OBLIGATOIRE** :
- **la première année de l'arbitrage en ligue**. Il comprend les examens du bilan initial (7 items)
- **tous les 4 ans à partir de 35 ans.** Il comprend les examens du bilan de renouvellement (3 items)

Entre ces visites, toute survenue d'évènement ophtalmique *(médical, chirurgical ou traumatique)* devra être signalée à votre commission médicale.

BILAN INITIAL ☐

1 • ACUITÉ VISUELLE		
	Œil droit	Œil gauche
Sans correction		
Avec correction		
Correction optique		
Mode de correction	☐ lunettes	☐ lentilles

2 • CHAMP VISUEL (celui-ci peut être automatisé)	
Œil droit	
Œil gauche	

3 • VISION BINOCULAIRE	
Œil droit	
Œil gauche	

4 • MOBILITÉ PUPILLAIRE	
Œil droit	
Œil gauche	

5 • EXAMEN ORGANIQUE DES GLOBES OCULAIRES		
	Œil droit	Œil gauche
Segment		
Fond d'œil		

6 • TEST CHROMATIQUE ISHIHARA

7 • ÉBLOUISSEMENT - Existe-il une sensibilité à l'éblouissement ?

RENOUVELLEMENT ☐

1 • ACUITÉ VISUELLE		
	Œil droit	Œil gauche
Sans correction		
Avec correction		
Correction optique		
Mode de correction	☐ lunettes	☐ lentilles

2 • CHAMP VISUEL (celui-ci peut être automatisé)	
Œil droit	
Œil gauche	

3 • VISION BINOCULAIRE	
Œil droit	
Œil gauche	

•-♦-•

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- **La cécité monoculaire est incompatible avec la pratique de l'arbitrage.**
- **La diplopie est une contre-indication relative.**
- **La pratique de l'arbitrage est interdite dans les 3 mois après une chirurgie réfractive** (motif : aggravation de la sensibilité à l'éblouissement)
- **Selon les résultats transmis, la commission médicale se réserve le droit de demander des examens complémentaires** (autres spécialistes)

•-♦-•

CERTIFICAT D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE

Je soussigné(e), ... ophtalmologue à ..... certifie avoir examiné ☐ Melle, ☐ Mme, ☐ M. ..... , arbitre de football, et constaté qu'il (elle) :

☐ **Présente, à ce jour, une absence de contre-indication ophtalmologique à la pratique de l'arbitrage.**

☐ **Contre-indique, à ce jour, la pratique de l'arbitrage sur le plan ophtalmologique.**
Préciser le motif :.....

Date de l'examen : Signature et cachet :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DE L'ARBITRE MAJEUR

"QS-SPORT"

SAISON (N) : 20…. / 20….

UNIQUEMENT RÉSERVÉ AUX ARBITRES RÉPONDANT IMPÉRATIVEMENT AUX CONDITIONS SUIVANTES :

- avoir entre 18 à 34 ans inclus au 1er juillet de la saison (N) indiquée ci-dessus
- avoir présenté un DMA à N-1 ou à N-2
- avoir été licencié à N-1

Pour plus de détails se conférer à la notice accompagnant le DMA ou à l'article 70 des règlements généraux de la FFF

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ "QS-SPORT"
PRÉALABLE À LA DEMANDE LICENCE (OBTENTION OU RENOUVELLEMENT)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un DMA *(pages 1 à 4 - équivalent du certificat médical)* **pour demander votre licence d'arbitre au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 de ses règlements Généraux.**

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :		
1 | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2 | Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3 | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4 | Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5 | Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6 | Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
À CE JOUR :		
7 | Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8 | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9 | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

MARCHE À SUIVRE DE L'ARBITRE MAJEUR POUR SA DEMANDE DE LICENCE :

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

⇨ **Vous ne devez pas fournir de DMA.**
⇨ **Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.**

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

⇨ **Vous devez fournir un DMA à la commission médicale de votre district ou de votre ligue. Suivez les indications des examens du DMA.**
Consultez un médecin : présentez-lui ce questionnaire renseigné ainsi que le DMA pour qu'il y porte sa conclusion quant à l'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.
⇨ **Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.**

DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DE L'ARBITRE MINEUR

"QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR"

SAISON (N) : 20…. / 20….

AVERTISSEMENT À DESTINATION DES PARENTS DE L'ARBITRE MINEUR OU DE LA PERSONNE AYANT L'AUTORITÉ PARENTALE :

- L'arbitre concerné doit avoir moins de 18 ans au 1er juillet de la saison (N) indiquée ci-dessus
- Ce questionnaire doit être complété de préférence par le mineur, si vous estimez qu'il est capable de le faire.
- Il est de votre responsabilité de vous assurer qu'il soit correctement rempli et d'appliquer les instructions en fonction des réponses

Pour plus de détails se conférer à la notice accompagnant le DMA ou à l'article 70 des règlements généraux de la FFF

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE LICENCE (OBTENTION OU RENOUVELLEMENT)

Ce questionnaire de santé n'est pas un contrôle. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Il permet de savoir si vous devez fournir un DMA *(p 1 à 4 - équivalent du certificat médical)* pour demander votre licence d'arbitre au sein de la FFF selon les règles de l'article 70 de ses règlements Généraux.

Tu es une fille ☐ un garçon ☐ / Quel est ton âge ? ..... ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)	**OUI**	**NON**
Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
AUJOURD'HUI	**OUI**	**NON**
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS	**OUI**	**NON**
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? *(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)*	☐	☐

MARCHE À SUIVRE DE L'ARBITRE MINEUR POUR SA DEMANDE DE LICENCE :

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

⇨ **Vous ne devez pas fournir de DMA.**

⇨ **Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.**

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

⇨ **Vous devez fournir un DMA à la commission médicale de votre district ou de votre ligue. Suivez les indications des examens du DMA.**
Consultez un médecin : présentez-lui ce questionnaire renseigné ainsi que le DMA pour qu'il y porte sa conclusion quant à l'absence de contre-indication à la pratique de l'arbitrage.

⇨ **Reportez-vous à la demande de licence et suivez les indications.**