



F.F.B.B.

LIGUE RÉGIONALE NORD / PAS DE CALAIS DE BASKET BALL

## DOSSIER MÉDICAL D'APTITUDE À L'ARBITRAGE DES OFFICIELS DE 35 ANS ET PLUS

VISITE MEDICALE PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ F.F.B.B.

**Saison 200\_ / 200\_**

**NB : Ce document contient des renseignements médicaux, il est à adresser par le médecin ayant pratiqué l'examen à :**

**LIGUE REGIONALE NORD / PAS DE CALAIS DE BASKET BALL**

**Commission Médicale (Confidentiel)**

**Dr Bernard DANDEL, Médecin Régional**

**Les Aubépines**

**Rue de Saint Quentin**

**62610 ARDRES**

### IDENTITÉ

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ C. Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### 1- ANTÉCÉDENTS : Facteurs de Risque

Tabac : \_\_\_\_\_ Diabète : \_\_\_\_\_ Dyslipémie : \_\_\_\_\_

Médicaux : \_\_\_\_\_

Chirurgicaux : \_\_\_\_\_

Traumatiques : \_\_\_\_\_

Traitements en cours : \_\_\_\_\_

Taille (en cm) : \_\_\_\_\_ Poids (en kg) : \_\_\_\_\_

**2- VACCINATION ANTITÉTANIQUE :** Date du dernier rappel : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**3- ANALYSE D'URINE :** Protéine vraie : \_\_\_\_\_

Glucose : \_\_\_\_\_

### 4- EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE Acuité visuelle

	Sans correction	Avec correction	Puissance correctrice
Œil droit			
Œil gauche			

**PORT DE LENTILLES :**  Oui  Non



## 5- EXAMEN CARDIOVASCULAIRE

Au repos (position allongée), Fréquence cardiaque : \_\_\_\_\_

Tension artérielle	Bras droit	Bras gauche
Maxima		
Minima		

### TEST D'EFFORT (40 flexions complètes en 60 secondes)

	Fréquence cardiaque	Tension artérielle Maxima	Tension artérielle Minima
Au repos (allongé)			
En fin d'effort			
3 minutes après l'effort			
Temps de retour au calme (Récupération)			

## 6- ELECTROCARDIOGRAMME (JOINDRE OBLIGATOIREMENT LE TRACE)

### 7- CONCLUSION DE L'EXAMEN SOMATIQUE ET APPRECIATION GÉNÉRALE :

---

---

---

---

Mlle / Mme / M. \_\_\_\_\_ ne présente pas de contre-indication à la pratique de l'arbitrage des rencontres de Basket Ball.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom, signature et cachet du médecin examinateur :

AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE REGIONALE :

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

APTE

AJOURNE

INAPTE

Signature des membres de la Commission :