



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BASKET BALL
DOSSIER MÉDICAL ARBITRE
SECRET MÉDICAL

SAISON : 201_/201_

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse : N°.....rue.....
.....Ville..... CP

Téléphone (s) :

Courriel :

N° Licence dernière saison :

Niveau demandé :

HN	
CF	
TERR	

<35 ANS	
>35 ANS	

AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE :

.....

Vu le dossier de l'arbitre cité ci-dessus et les conclusions de l'examen :
du Docteur

La Commission Médicale transmet le dossier au secrétariat

du CD	<input type="checkbox"/>
de la Ligue Régionale	<input type="checkbox"/>
de la Commission fédérale	<input type="checkbox"/>

pour la délivrance de la licence arbitre.

La Commission Médicale 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 :

QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA VISITE MEDICALE A REMPLIR ET SIGNER PAR LE SPORTIF

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--

Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure ?	Non	Oui
si oui laquelle ? :		
Avez-vous déjà été opéré ?	Non	Oui
Précisez		
Avez-vous déjà été hospitalisé pour traumatisme crânien ?	Non	Oui
Epilepsie, perte de connaissance ?	Non	Oui
Avez-vous des troubles de la vue ?	Non	Oui
si oui, portez-vous des corrections ?	lunettes	lentilles
Avez-vous eu des troubles de l'audition ?	Non	Oui
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ?	Non	Oui
Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants :		
Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenu avant l'âge de 50 ans ?	Non	Oui
Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) ?	Non	Oui
Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort les symptômes suivants :		

Malaise ou perte de connaissance ?	Non	Oui
Douleur thoracique ?	Non	Oui
Palpitations (cœur irrégulier) ?	Non	Oui
Fatigue ou essoufflement inhabituel ?	Non	Oui
Présentez-vous:	Non	Oui
Une maladie cardiaque ?	Non	Oui

Une hypertension artérielle ?	Non	Oui
Un diabète ?	Non	Oui
Un taux de cholestérol élevé ?	Non	Oui
Avez-vous suivi un traitement régulier ces deux dernières années ?	Non	Oui
Une infection sérieuse dans le mois précédent ?	Non	Oui
Avez-vous déjà eu :		
un électrocardiogramme ?	Non	Oui
un échocardiogramme ?	Non	Oui
une épreuve d'effort ?	Non	Oui
Avez-vous déjà eu		
des troubles de la coagulation ?	Non	Oui
À quand remonte votre dernier bilan sanguin ? (le joindre si possible)		
Fumez-vous ?	Non	Oui
si oui, combien par jour ?		
Depuis combien de temps ?		

Avez-vous des allergies respiratoires (rhume des foins, asthme) ?	non	oui
des allergies cutanées ?	non	oui
des allergies à des médicaments ?	non	oui
si oui, lesquels ? :		
Prenez-vous des traitements		
pour l'allergie ?	non	oui
si oui, lesquels ?		
pour l'asthme ?	non	oui
si oui, lesquels ?		
Avez-vous des maladies ORL répétitives : angines, sinusites, otites ?	non	oui
Vos dents sont-elles en bon état ?	non	oui
Avez-vous déjà eu		
des problèmes vertébraux ? :	non	oui
une anomalie radiologique ? :	non	oui
Avez-vous déjà eu : (précisez le siège et quand)		
une luxation articulaire ?	non	oui
une ou des fractures ?	non	oui
une rupture tendineuse ?	non	oui
des tendinites chroniques ?	non	oui
des lésions musculaires ?	non	oui
des entorses graves ?	non	oui
Prenez-vous des médicaments actuellement ?	non	oui
Avez-vous pris par le passé des médicaments régulièrement non cités précédemment ?	non	oui
Avez-vous une maladie non citée ci-dessus ?	non	oui
Avez-vous eu les vaccinations suivantes : Tétanos Polio Hépatite ?	non	oui
Autres précisez :		
Si vous avez un carnet international de vaccinations merci de l'apporter		

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES

À quel âge avez-vous été réglée ?		
Avez-vous un cycle régulier ?	non	oui
Avez-vous des périodes d'aménorrhée ?	non	oui
Combien de grossesses avez-vous eu		
Prenez-vous un traitement hormonal ?	non	oui
Prenez-vous une contraception orale ?	non	oui
Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ?	non	oui
Suivez-vous un régime alimentaire ?	non	oui
Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ?	non	oui
Dans votre famille, y a-t-il des cas d'ostéoporose ?	non	oui
Avez-vous une affection endocrinienne ?	non	oui
Si oui, laquelle ?		
Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ?		

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) déclare être candidat à la qualification d'arbitre

Je soussigné (parent ou tuteur pour les mineurs) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

J'atteste avoir reçu et pris connaissance des « 10 règles d'or » édictées par le club des Cardiologues du Sport.

Nom : ----- Date -----

Signature

EXAMEN MÉDICAL

CARNET de SANTÉ présenté : oui- non

ANTECEDENTS :

Maladie (s):.....

Traitement(s):.....

Traumatisme(s):.....

Période(s) d'arrêt :.....

EXAMEN MORPHOSTATIQUE

Taille : (m) Poids: (Kg) IMC (P/T ²):

Normal Surpoids Obésité modérée Obésité sévère Obésité morbide

18,5 à 25 25 à 30 30 à 35 35 à 40 > 40

ACUITÉ VISUELLE

	Sans correction	Avec correction	Mode de correction éventuel <input type="checkbox"/> lunettes <input type="checkbox"/> lentilles
OEIL DROIT			
OEIL GAUCHE			

ÉTAT DENTAIRE ET ORL :

BILAN PSYCHOLOGIQUE :

APPAREIL LOCOMOTEUR ET RACHIDIEN :

RACHIS : Signes fonctionnels :

Cyphose :Scoliose : Lordose :.....

DDS : Lasègue:..... Distance Talon- fesse en pro cubitus :.....

Membres supérieurs.....

Membres inférieurs :.....

État musculaire :.....

État tendineux : ...

.....

Signes fonctionnels ostéo-articulaires :

.....
.....

APPAREIL RESPIRATOIRE:

Signes fonctionnels :

.....

Auscultation :

Asthme :.....

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE :

Signes fonctionnels :

Auscultation :

Souffle cardiaque (position couchée et debout)

Palpation des fémorales :

Pression artérielle bras gauche :

bras droit :

Facteur de risque âge oui non

Facteurs de risque hors âge oui non

HTA Diabète Tabac Hyperlipidémie Obésité

Antécédents familiaux d'événement cardio-vasculaire précoce
(50 ans chez l'homme – 60 ans chez la femme) oui non

ÉLECTROCARDIOGRAMME (ECG)

Joindre le tracé et son interprétation ***ET/OU UN COMPTE RENDU DE BILAN CARDIOLOGIQUE EFFECTUÉ CHEZ UN CARDIOLOGUE OU DANS UN PLATEAU TECHNIQUE DE MÉDECINE DU SPORT.***

CONCLUSION :

Je soussigné(e), Dr.....certifie avoir examiné Mme, M. , arbitre de basketball, et constaté qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication médicale à la pratique de l'arbitrage

Date de l'examen :

Signature et cachet :

LES 10 RÈGLES D'OR

Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport

<http://www.clubcardiosport.com/regles-d'or/affiche.jpg>

- 1/ Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 minutes lors de mes activités sportives
- 2/ Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 minutes d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- 3/ J'évite les activités intenses par des températures extérieures inférieures à -5°C ou supérieures à 30°C
- 4/ Je ne fume jamais 1 heure avant ni 2 heures après une pratique sportive
- 5/ Je ne consomme pas de drogue ou de substances dopantes et ne prends pas de médicaments sans avis médical
- 6/ Je ne fais pas de sport intense si j'ai de la fièvre, ni dans les 8 jours qui suivent un épisode grippal (fièvre + courbatures)
- 7/ Je pratique un bilan médical avant de reprendre une activité sportive intense si j'ai plus de 35 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes
- 8/ Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort
- 9/ Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort
- 10/ Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort



BILAN MEDICAL DES ARBITRES

SAISON 2014 -2015.

26/03/14

Signataire : Thierry BALESTRIERE

Quel que soit le niveau d'arbitrage (Haut Niveau – Championnat de France ou Territorial), l'imprimé est à télécharger sur le site www.ffbb.com arbitrage – documents – dossier médical.

Arbitres de Haut Niveau :

L'examen médical doit être pratiqué par un médecin agréé FFBB. Il faut envoyer un dossier complet (comprenant auto-questionnaire, compte rendu de l'examen, ECG de repos) à la Commission Fédérale Médicale avant le [REDACTED].

Pour les arbitre de plus de 35 ans (au 01/01/2015), Il faut y joindre le compte rendu et le tracé d'une épreuve d'effort datant de moins de 3 ans (postérieure au 01/01/2011), s'il n'existe pas de facteur de risque selon les recommandations concernant les sportifs de compétition.

Une épreuve d'effort peut être demandée de façon plus rapprochée en fonction du nombre de facteurs de risque en accord avec les recommandations et / ou à la demande de la Commission médicale.

Arbitres évoluant en Championnat de France :

L'examen médical doit être pratiqué par un médecin agréé FFBB. Il faut envoyer un dossier complet (comprenant auto-questionnaire, compte rendu de l'examen, ECG de repos) à la Commission Régionale Médicale. La date d'envoi du dossier sera précisée dans chaque Ligue par le Médecin Régional, le dossier médical devant être validé avant le stage de pré saison.

Pour les arbitre de plus de 35 ans (au 01/01/2015), Il faut y joindre le compte rendu et le tracé d'une épreuve d'effort datant de moins de 3 ans (postérieure au 01/01/2011), s'il n'existe pas de facteur de risque selon les recommandations concernant les sportifs de compétition.

Une épreuve d'effort peut être demandée de façon plus rapprochée en fonction du nombre de facteurs de risque en accord avec les recommandations et / ou à la demande de la Commission médicale.

Arbitres territoriaux :

Avant 35 ans :

L'examen médical est pratiqué par tout médecin au choix : médecin traitant – médecin agréé ou Centre de Médecine du sport. Le dossier médical comprend l'auto questionnaire, un compte rendu de l'examen - un ECG de repos est recommandé tous les 4 ans. Le suivi de ces dossiers est organisé, à sa convenance, par le Médecin Régional.

Après 35 ans :

L'examen médical doit être pratiqué par un médecin agréé FFBB. Il faut envoyer un dossier complet (comprenant auto-questionnaire, compte rendu de l'examen, ECG de repos) à la Commission Régionale Médicale.

Il n'est pas demandé de compte rendu et de tracé d'épreuve d'effort, en l'absence de facteur de risque.

Une épreuve d'effort peut être demandée en fonction du nombre de facteurs de risque en accord avec les recommandations et / ou à la demande de la Commission médicale.

En cas de difficultés, la COMED examinera les situations litigieuses.

Aucune donnée médicale ne peut être portée à la connaissance de non-médecins et doit donc circuler en toute confidentialité.

Les services administratifs ne doivent prendre connaissance et posséder que la décision finale d'aptitude.

Cette procédure a pour objectif essentiel la prévention des accidents et en particulier cardiovasculaires.

Le respect des 10 règles d'or constitue un guide précieux pour mettre en œuvre cette prévention <http://www.clubcardiosport.com/info.php>.

Il est vivement recommandé à tous les candidats arbitres de procéder à ce bilan avant les vacances d'été.

Dr JY- GUINCESTRE
Médecin Fédéral National

Dr B. DANDEL
Chargé du BM des Arbitres

Dr F. TASSERY
Médecin Directeur National

