



# DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE DMA

1/6

**À adresser sous pli confidentiel à l'attention de votre Commission Médicale  
Tout dossier incomplètement rempli sera irrecevable et retourné à l'arbitre**

**SECRET MÉDICAL**

**SAISON : 2023/2024**

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 :



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

## QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

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

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

3/6

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

### ACUITÉ VISUELLE

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

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

## 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 :