

|                                                                                   |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
|  | <b>DOSSIER MEDICAL ARBITRE</b><br><b>SECRET MEDICAL</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Saison :                        |  |
| Nom :                           |  |
| Prénom :                        |  |
| Date de naissance :             |  |
| Profession :                    |  |
| Adresse :                       |  |
| Téléphone(s) :                  |  |
| Mail :                          |  |
| N° de licence dernière saison : |  |
| Niveau d'arbitrage :            |  |

Après étude du dossier médical de l'arbitre cité ci-dessus et des conclusions de l'examen du médecin examinateur, la Commission Médicale donne un avis :

Favorable

Défavorable

La Commission Médicale transmet le dossier au secrétariat :

du Comité Départemental/Territorial  
de la Ligue Régionale  
du HNO

pour le suivi de la délivrance de la licence arbitre.

La Commission Médicale décide que le dossier ne peut être validé pour raison :

Administrative (motif ci-dessous) :

|  |
|--|
|  |
|--|

Médicale (motif envoyé par courrier explicatif à l'arbitre)

Date :

Signature et cachet :

## **Consignes pour compléter le dossier médical ci-après :**

- **Il est indispensable de répondre à l'ensemble des items de ce dossier.**
- **Pas de trait vertical - horizontal - oblique.**
- **L'acuité visuelle doit être indiquée en numérique.**
- **Pas de mention RAS.**

**QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA VISITE MEDICALE A REMPLIR ET SIGNER  
PAR L'ARBITRE**

**QUESTIONNAIRE MEDICAL DECLARATIF ET CONFIDENTIEL**

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

|                                                                                               | Oui | Non |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Avez-vous déjà un dossier médical dans une autre structure ?</b>                           |     |     |
| Si oui, avez-vous fait l'objet pour raison médicale d'une restriction d'une contre-indication |     |     |

|                                   |  |  |
|-----------------------------------|--|--|
| <b>Avez-vous déjà été opéré ?</b> |  |  |
| Si oui, précisez                  |  |  |

|                                                                                                                                           |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Avez-vous déjà été hospitalisé pour un traumatisme crânien, une commotion cérébrale, une perte de connaissance ou de l'épilepsie ?</b> |  |  |
| Si oui, précisez                                                                                                                          |  |  |

|                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <b>Avez-vous des troubles de :</b>    |  |  |
| - La vue                              |  |  |
| si oui, portez-vous des corrections ? |  |  |
| - De l'audition                       |  |  |
| - De l'équilibre ou de type vertiges  |  |  |

|                                                                               |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Avez-vous eu connaissance dans votre famille des événements suivants :</b> |  |  |
| - Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenu avant l'âge de 50 ans ? |  |  |
| - Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourrisson) ?   |  |  |

|                                                                          |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Avez-vous déjà ressenti pendant ou juste au décours d'un effort :</b> |  |  |
| - Un malaise avec ou sans perte de connaissance                          |  |  |
| - Une douleur thoracique                                                 |  |  |
| - Des palpitations (battements irréguliers)                              |  |  |
| - Une fatigue ou un essoufflement inhabituel                             |  |  |

|                                           |  |  |
|-------------------------------------------|--|--|
| <b>Etes-vous suivi (ou traité) pour :</b> |  |  |
| - Une maladie du cœur                     |  |  |
| - Une hypertension artérielle             |  |  |
| - Un diabète                              |  |  |
| - Le cholestérol                          |  |  |

|                                                 |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|
| <b>Avez-vous déjà été victime de la COVID ?</b> |  |  |
| Si oui, à quelle date ?                         |  |  |
| Si oui, avez vous des séquelles ? ( précisez)   |  |  |

|                                               |  |  |
|-----------------------------------------------|--|--|
| <b>Fumez-Vous ?</b>                           |  |  |
| Vous arrive-t-il de consommer des stupéfiants |  |  |

Oui Non

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| <b>Avez-vous des allergies</b> |  |  |
| - Respiratoires                |  |  |
| - Cutanées                     |  |  |
| - Médicamenteuses              |  |  |

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| <b>Etes-vous asthmatique ?</b> |  |  |
|--------------------------------|--|--|

|                            |  |  |
|----------------------------|--|--|
| <b>Avez-vous déjà eu :</b> |  |  |
| - Un électrocardiogramme   |  |  |
| - Un échocardiogramme      |  |  |
| - Une épreuve d'effort     |  |  |

|                                                                                                   |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Biologie :</b>                                                                                 |  |  |
| A quand remonte votre dernier bilan sanguin (-1 an pour les +35 ans et -5 ans pour les -35 ans) ? |  |  |
| Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation ?                                                |  |  |
| Avez-vous déjà eu une sérologie positive COVID 19 ?                                               |  |  |

|                                                               |  |  |
|---------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Prenez-vous des traitements actuellement ?</b>             |  |  |
| Si oui, précisez lesquels :                                   |  |  |
| <b>Pour les femmes :</b> prenez-vous des oestroprogestatifs ? |  |  |

|                                                 |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|
| <b>Etes-vous suivi pour un autre problème :</b> |  |  |
| - Médical :                                     |  |  |
| Si oui, précisez :                              |  |  |
| - Ostéo-articulaire :                           |  |  |
| Si oui, précisez :                              |  |  |

|                       |  |  |
|-----------------------|--|--|
| <b>Vaccinations :</b> |  |  |
| - Tétanos             |  |  |
| - Hépatite            |  |  |
| - Polio               |  |  |
| - COVID-19            |  |  |

|                                                              |  |  |
|--------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>Pratiquez-vous d'autres sports</b>                        |  |  |
| Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ? |  |  |

### Pour information

Selon les éléments recueillis, des examens complémentaires pourront être demandés (par exemple une épreuve d'effort) selon des critères en conformité avec les recommandations des sociétés savantes et repris dans le Règlement Médical Fédéral.

Si vous avez bénéficié de ces examens complémentaires dans les 6 derniers mois, vous pourrez transmettre leurs compte-rendus.

## Mentions sur les données personnelles

*Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, collectées sur ce questionnaire, font l'objet d'un traitement auprès de la Fédération Française de Basket-Ball et/ou organes déconcentrés pour le suivi médical arbitres de la FFBB. Ces données personnelles sont destinées uniquement au personnel médical agréé avec lequel vous êtes en relation.*

*La base légale du traitement est liée aux dispositions du code du sport (articles L. 231-5 et s.) et à l'exercice d'une mission de service public. Ces données seront traitées et conservées pendant la durée nécessaire aux traitements.*

*Conformément à la réglementation en vigueur Loi « informatique et libertés » de 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données – Règlement UE 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et d'effacement des données vous concernant.*

*Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant par courrier à la FFBB, Délégué à la Protection des Données, 117 rue Château des Rentiers 75013 PARIS ou à l'aide du formulaire « Demande d'exercice des droits » accessible en ligne à l'adresse suivante <http://www.ffbb.com/ffbb/droits/demande>. Vous pouvez consulter la politique de la protection des données de la FFBB à partir de l'adresse suivante : <http://www.ffbb.com/ffbb/politique-de-protection-des-donnees-personnelles>.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

## Pour les arbitres majeurs

Je soussigné(e) NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ déclare être candidat(e) à la qualification d'arbitre.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions sur les données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des réponses apportées.

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

FAIT LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

Signature de l'arbitre:

## Pour les arbitres mineurs

### L'arbitre mineur

Je soussigné(e) NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ déclare être candidat(e) à la qualification d'arbitre.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions sur les données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des réponses apportées.

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

FAIT LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

Signature de l'arbitre:

### Représentant légal de l'arbitre mineur

Je soussigné(e) NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ déclare autoriser: NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ à être candidat à la qualification d'arbitre.

Je reconnais avoir pris connaissance des mentions sur les données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des réponses apportées.

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

FAIT LE \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal de l'arbitre mineur :



## EXAMEN MEDICAL

Carnet de santé présenté : A L'ATTENTION DU MEDECIN EXAMINATEUR :  
VOUS DEVREZ DEMANDER DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES  
EN FONCTION DES ELEMENTS  
Antécédents : RECUEILLIS ET EN VOUS RAPPORTANT AU DOCUMENT ANNEXE

|                    |  |
|--------------------|--|
| Maladies :         |  |
| Traitements :      |  |
| Traumatismes :     |  |
| Périodes d'arrêt : |  |

### Examen morphostatique :

|                   |                     |                     |                            |                           |                         |
|-------------------|---------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Taille (m) :      |                     |                     |                            |                           |                         |
| Poids (kg) :      |                     |                     |                            |                           |                         |
| IMC ( $p/t^2$ ) : | Normal<br>18,5 à 25 | Surpoids<br>25 à 30 | Obésité modérée<br>30 à 35 | Obésité sévère<br>35 à 40 | Obésité morbide<br>> 40 |

Acuité visuelle : Œil gauche Œil droit

|                              |  |  |
|------------------------------|--|--|
| Sans correction              |  |  |
| Avec correction              |  |  |
| Mode de correction éventuel* |  |  |

\* lunettes, lentilles

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| <b>Bilan Psychologique :</b>                     |  |
| <b>Appareil locomoteur et rachidien :</b>        |  |
| Signes fonctionnels ostéo-articulaires :         |  |
| <b>Appareil respiratoire :</b>                   |  |
| Signes fonctionnels :                            |  |
| Auscultation :                                   |  |
| Asthme :                                         |  |
| <b>Appareil cardiovasculaire :</b>               |  |
| Signes fonctionnels :                            |  |
| Auscultation :                                   |  |
| Souffle cardiaque (position couchée et debout) : |  |
| Palpation des fémorales :                        |  |

### Évaluation du risque Cardiovasculaire :

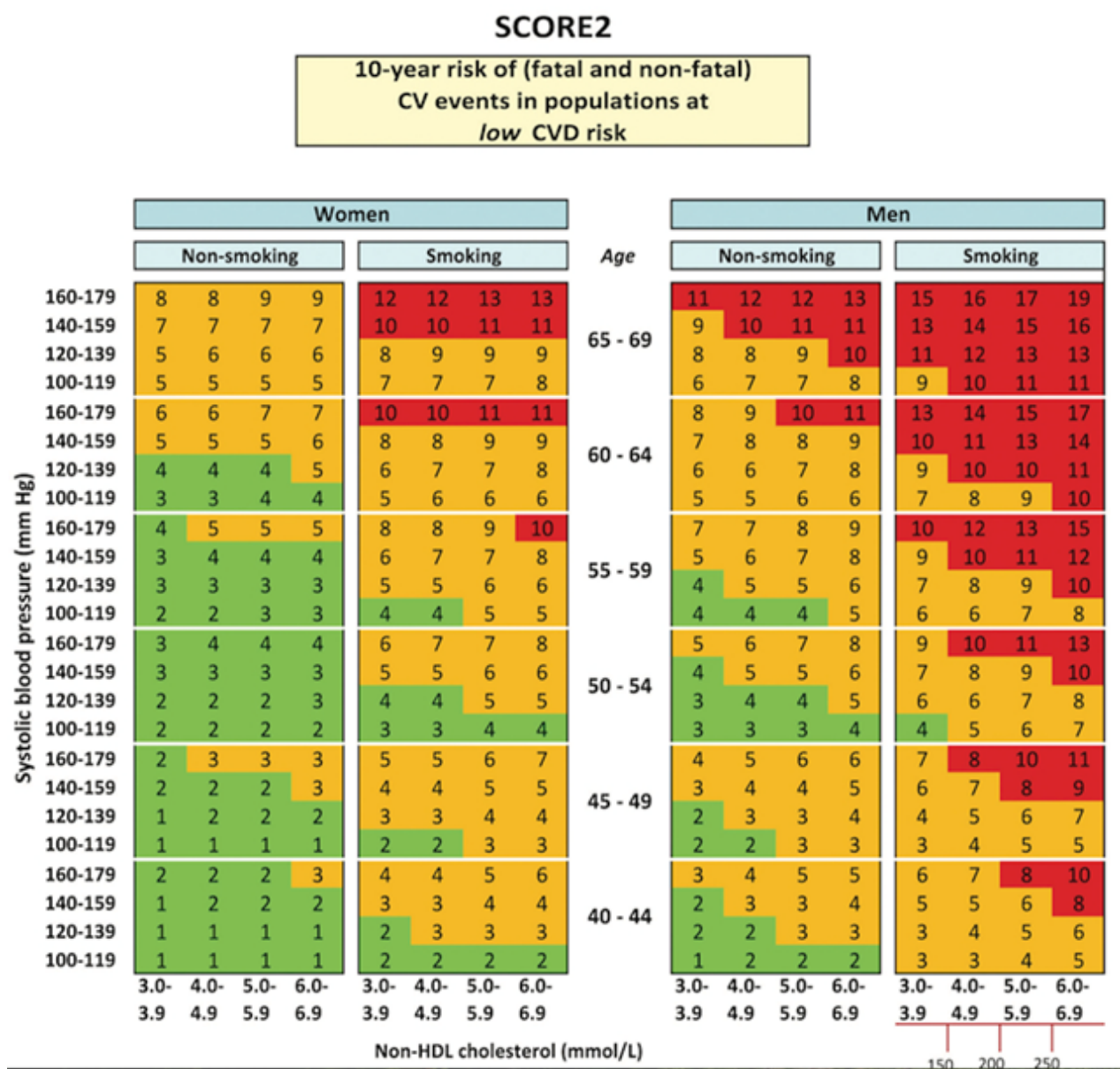
|                                                                |         |
|----------------------------------------------------------------|---------|
| Pression artérielle :                                          |         |
| Taux cholestérol non HDL en mmole :                            |         |
| Tabac :                                                        | Oui Non |
| Score = âge / TA / cholestérol non HDL :                       |         |
| Diabète :                                                      | Oui Non |
| Antécédents familiaux d'évènements cardio-vasculaire précoce : | Oui Non |
| Hypercholestérolémie familiale :                               | Oui Non |

### Electrocardiogramme (ECG) :

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

Les arbitres entre 25 et 35 ans (hors HN) peuvent présenter un tracé d'ECG de repos de moins de 3 ans le jour de l'examen.

LE "SCORE" défini par la société européenne de cardiologie dans ses dernières recommandations conduit à prescrire une épreuve d'effort "ciblée" en fonction du risque.



LE CHOLESTEROL NON HDL correspond au CHOLESTEROL LDL et SES SOUS

FRACTIONS ATHEROGENES : IL SE CALCULE PAR LA SOUSTRACTION

**CHOLESTEROL TOTAL moins CHOLESTEROL HDL (en mmol/L)**

"SCORE":

0 à 2 EX CLINIQUE ET ECG normaux : PAS d' EE  
3 à 4 EE tous les 3 ans si le SCORE reste inchangé  
5 à 9 EE (annuelle)(tapis bicyclette ou écho d'effort)

CAS PARTICULIERS : A- Très haut risque :- « SCORE » sup à 10

- ou histoire familiale cardiologique précoce,
- ou diabète
- ou hypercholestérolémie familiale.

Il est recommandé de procéder d'abord à une Imagerie initiale (si elle n'a jamais été réalisée) (Coroscaner ,ou scintigraphie d'effort ,ou IRM d'effort selon les cas) puis de réaliser EE annuelle.

B- ATCD d'événement coronaire (sans CI à la reprise du Sport ) : bilan cardiologique et EE annuelle

C- Enfin pour mémoire : - tout symptôme d'effort doit être évalué par une Epreuve d'Effort.

**L'EPREUVE D'EFFORT FAIT L'OBJET D'UNE RELECTURE PAR LA COMMISSION MÉDICALE ET NE PEUT ETRE VALIDÉE QUE MENÉE A L'ÉPUISEMENT (ET NON AU 220 - AGE)**

Je soussigné(e) Dr \_\_\_\_\_ Certifie avoir examiné Mme  
ou 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 :

----- **OU** -----

Je soussigné(e) Dr \_\_\_\_\_ Certifie avoir examiné Mme ou  
M. \_\_\_\_\_, arbitre de BasketBall, et avoir demandé  
des examens médicaux complémentaires.

Date de l'examen :

Signature et cachet :

## LES 10 RÈGLES D'OR

Recommandations édictées par le Club des Cardiologues du Sport

<https://www.clubcardiosport.com/10-regles-or>

- 1/ Je signale à mon médecin toute douleur dans la poitrine ou essoufflement anormal survenant à l'effort \*
- 2/ Je signale à mon médecin toute palpitation cardiaque survenant à l'effort ou juste après l'effort \*
- 3/ Je signale à mon médecin tout malaise survenant à l'effort ou juste après l'effort \*
- 4/ Je respecte toujours un échauffement et une récupération de 10 min lors de mes activités sportives
- 5/ Je bois 3 à 4 gorgées d'eau toutes les 30 min d'exercice à l'entraînement comme en compétition
- 6/ J'évite les activités intenses par des températures extérieures  $< -5^{\circ}$  ou  $> +30^{\circ}$  et lors des pics de pollution
- 7/ Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précèdent ou suivent ma pratique sportive
- 8/ Je ne consomme jamais de substance dopante et j'évite l'automédication en général
- 9/ 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)
- 10/ 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

\* Quels que soient mon âge, mes niveaux d'entraînement et de performance, ou les résultats d'un précédent bilan cardiologique.