



DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

NOM: _____ PRENOM(S): _____

DATE D'ENNAISSANCE: / ___ / ___ // ___ / ___ // ___ / ___ / ___ / ___ / ___ (JOUR/MOIS / ANNEE)

SEXE: M: F:

LIGUE: _____

1. CARACTERISTIQUES

Arbitre:

- FIFA
- CAF
- FAF
- Inter-Région
- Régionale
- Wilaya
- Autres:

Date ou l'année d'obtention du grade:

NOM : _____ PRENOM(S) : _____ Saison Sportive: 2024/2025

1. ANTECEDENTS MEDICAUX:

ANTECEDENTS PERSONNELS:

.....
.....
.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

.....
.....
.....

PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

.....
.....
.....

2. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /___/___/___/ cm Poids : /___/___/___/ kg BMI : /___/ /___/ /___/ /___/

Acuité Visuelle: Œil droite : /___/ /___/ Œil gauche : /___/ /___/

Examen bucco-dentaire

.....
.....
.....

Poumons:

.....
.....
.....

Abdomen

.....
.....
.....

Examen Orthopédique

.....
.....
.....

Port d'appareil médico-chirurgical:

.....
.....
.....

Symptômes du syndrome de Marfan : Si Oui Précisez

.....
.....
.....

3. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

.....
.....
.....

Pouls après 5 minutes de repos : /___/___/___/ min

Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit : /___/___/___/ // ___/___/___/ mmHg

Bras gauche /___/___/___/ /// ___/___/___/ mmHg

ECG12ELECTRODES

- ENPOSITIONALLONGEESURLEDOSAPRES5MINUTESDEREPOS
« Joindre une copie au contrôle »

Résumé de l'analyse de l'ECG : Normal Anormal

Si Anormal, précisez :

.....
.....

Echocardiographie Initiale:

Effectuée le : /__/_/ ___ // /__/_/___/

Résumé de l'échocardiographie « Joindre copie du résultat au contrôle ».

.....
.....
.....

NB:

- L'examen Echocardiographie initiale est obligatoire quelque soit l'âge de l'arbitre.
- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20ans révolus.

ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT):

Dernier Test d'Effort Effectuée le : /// /__/_/ //// Résumé de

l'Epreuve d'Effort « Joindre une copie du tracé de l'Epreuve d'Effort ».

.....
.....
.....

NB : l'ECG DE STRESS (TESTD'EFFORT) EST DEMANDE APRES L'AGE DE 35ANS, RENOUVELE CHAQUE QUATRE (04) ANS.

4. AU TRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

.....
.....

5. BILANBIOLOGIQUE: «joindre les documents signés parle service accrédité».

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1. Groupage Sanguin, | 7. Cholestérol LDL, |
| 2. FNS, | 8. Cholestérol HDL, |
| 3. Sodium sanguin, | 9. Triglycérides, |
| 4. Potassium sanguin, | 10. Glycémie à jeun, |
| 5. Créatinémie et Urée Sg, | 11. Protéine C-réactive(CRP), |
| 6. Cholestérol (total), | 12. Acide Urique. |

RESUME DE L'EVALUATION

- **Suspicion de pathologie cardiaque**

Non oui, précisez : _____

- **Autres pathologies**

Non oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS: SAISON SPORTIVE: 2023/2024

NOM ET PRENOMS: _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

Oui **Non**

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin: _____

N° inscription à l'ordre des médecins: / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email: _____

Date: _____ Griffes et Signature : _____