



# FFBB LIGUE REGIONALE NORD / PAS DE CALAIS DE BASKET BALL

## DOSSIER MEDICAL D'APTITUDE A L'ARBITRAGE DES OFFICIELS AGES DE 35 ANS AU PLUS (au 1<sup>er</sup> janvier de la saison en cours)

**ARBITRE : DEPARTEMENTAL\* - REGIONAL\* - NATIONAL\***

(\* : Rayer les mentions inutiles)

### VISITE MEDICALE PAR UN MEDECIN AGREE FFBB

## SAISON 2010 / 2011

**N.B. : 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 DANNEL, Médecin Régional  
Les Aubépines  
Rue de Saint Quentin - 62610 ARDRES**

### IDENTITE

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

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

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

### 1- ANTECEDENTS :

Médicaux et allergiques : \_\_\_\_\_

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

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

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

Antécédents familiaux de mort subite (âge et degré de parenté) : \_\_\_\_\_

### Facteurs de risque

Tabac : \_\_\_\_\_ Hypertension : \_\_\_\_\_ Diabète : \_\_\_\_\_ Hypercholestérolémie : \_\_\_\_\_  
(Répondre par OUI ou NON)

### 2- VACCINATION ANTITETANIQUE : Date du dernier rappel : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

J'ATTESTE PAR MA SIGNATURE L'EXACTITUDE DES REPONSES APPORTEES A CE QUESTIONNAIRE.

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

SIGNATURE

Paragraphes 1 & 2 à compléter intégralement par l'arbitre.

**NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE ZONE**



**3- EXAMEN MEDICAL** Taille (en cm) :  Poids (en kg) :  IMC :

Antécédents familiaux : \_\_\_\_\_

Antécédents personnels et FDR : \_\_\_\_\_

**4- ANALYSE D'URINES :** Protéine vraie : \_\_\_\_\_

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

**5- EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE :** Acuité visuelle

	Sans correction	Avec correction	Puissance correctrice
Œil droit			
Œil gauche			

Port de lentilles : OUI  NON

**6- EXAMEN CARDIOVASCULAIRE :**

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

Tension artérielle	Bras droit	Bras gauche
Maxima		
Minima		

Auscultation cardio-respiratoire : \_\_\_\_\_

**7- ELECTROCARDIOGRAMME OBLIGATOIRE (JOINDRE LE TRACE)**

**8-** Autre(s) examen(s) éventuellement réalisés, nature et résultat (à joindre)

**9- CONCLUSIONS DE L'EXAMEN SOMATIQUE ET APPRECIATION GENERALE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Melle / 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**

Signatures des membres de la Commission :