DOSSIER MÉDICAL ARBITRE

SECRET MÉDICAL

ANNEXE B

NOM : **Prénom:**

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

CP Ville:

Téléphone :

Mail :

N° licence saison dernière :

Niveau arbitrage :

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.**

AVIS COMMISSION MÉDICALE

Après étude du dossier médical de l'arbitre cité 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 :**

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE A LA VISITE MÉDICALE A REMPLIR ET A SIGNER PAR L'ARBITRE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL DÉCLARATIF ET CONFIDENTIEL

NOM : **Prénom:**

Date de naissance :

Question	Oui	Non
Avez-vous déjà été opéré(e)? Si oui, précisez :	☐	☐
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour un traumatisme crânien, une commotion cérébrale, une perte de connaissance ou de l'épilepsie ? Si oui, précisez :	☐	☐
Avez-vous des troubles de • la vue ? Si oui, portez-vous des corrections ? Précisez si lunettes ou lentilles : ..... • de l'audition ? • de l'équilibre ou de type vertiges ?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Avez-vous eu connaissance dans votre famille des évènements suivants : • Accident ou maladie cardiaque ou vasculaire survenu avant l'âge de 50 ans ? • Mort subite survenue avant 50 ans (y compris mort subite du nourisson) ?	☐ ☐	☐ ☐
Avez-vous déjà ressenti pendant ou juste au décours d'un effort : • Un malaise avec ou sans perte de connaissance • Une douleur thoracique • Des palpitations (battements irréguliers) • Une fatigue ou un essouflement inhabituel	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Etes-vous suivi(e) ou traité(e) pour : • Une maladie du coeur • Une hypertension artérielle • Un diabète • Le cholestérol	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
Fumez-vous ? Vous arrive-t-il de consommer des substances "dites récréatives"?	☐ ☐	☐ ☐

QUESTIONNAIRE PRÉALABLE A LA VISITE MÉDICALE A REMPLIR ET A SIGNER PAR L'ARBITRE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL DÉCLARATIF ET CONFIDENTIEL

Question	Oui	Non
Avez-vous des allergies • Respiratoires • Cutanées • Médicamenteuses	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Etes-vous asthmatique ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu : • Un électrocardiogramme • Un échocardiogramme • Une épreuve d'effort	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Prenez-vous des traitements actuellement ? Si oui, précisez lesquels :	☐	☐
Etes-vous suivi(e) pour un autre problème : • **Médical** Si oui, précisez : ..... • **Ostéo-articulaire** Si oui, précisez :	☐ ☐	☐ ☐

<u>Pour information</u>

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 comptes-rendus.

Mentions sur les données personnelles

Vous êtes informé(e) 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.

A : Fait le :

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.

A : Fait le :

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.

A : Fait le :

Signature du représentant légal de l'arbitre mineur :

EXAMEN MÉDICAL

A l'attention du médecin examinateur : vous devrez demander des examents complémentaires en fonction des éléments recueillis et en vous rapportant au document d'informations

Carnet de santé présenté : ◉ Oui ○ Non

Antécédents

Maladie(s) : .....

Traitement(s) : .....

Traumatisme(s) : .....

Période(s) d'arrêt : .....

Examen morphostatique

Taille (en cm) : .....

Poids (en kg) : .....

IMC (poids/taille²) : .....

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 : oeil gauche ..... oeil droit .....

Avec correction : oeil gauche ..... oeil droit .....

Mode de correction éventuel (lunettes, lentilles) : .....

Bilan psychologique

Appareil locomoteur et rachidien :

Signes fonctionnels ostéoarticulaires : .....

Appareil respiratoire :

Signes fonctionnels : .....

Auscultation : .....

Appareil cardiovasculaire :

Signes fonctionnels : .....

Auscultation : .....

TA : .....

Antécédents familiaux d'évènements cardiovasculaires précoces : .....

.....

Autres facteurs de risque (tabac, diabète, hypercholestérolémie familiale ...) - détailler : .....

.....

Evaluation du score de risque cardiovasculaire

A remplir obligatoirement après 40 ans selon le tableau cholestérol non HDL (en mmol/L)

Calcul du score : âge / TA / cholestérol non HDL

Score : .....

INFORMATIONS

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.

SCORE2

10-year risk of (fatal and non-fatal) CV events in populations at *low* CVD risk

Systolic blood pressure (mm Hg)	Women								Age	Men							
	Non-smoking				Smoking					Non-smoking				Smoking			
	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9		3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9	3.0-3.9	4.0-4.9	5.0-5.9	6.0-6.9
160-179	8	8	9	9	12	12	13	13	65 - 69	11	12	12	13	15	16	17	19
140-159	7	7	7	7	10	10	11	11		9	10	11	11	13	14	15	16
120-139	5	6	6	6	8	9	9	9		8	8	9	10	11	12	13	13
100-119	5	5	5	5	7	7	7	8		6	7	7	8	9	10	11	11
160-179	6	6	7	7	10	10	11	11	60 - 64	8	9	10	11	13	14	15	17
140-159	5	5	5	6	8	8	9	9		7	8	8	9	10	11	13	14
120-139	4	4	4	5	6	7	7	8		6	6	7	8	9	10	10	11
100-119	3	3	4	4	5	6	6	6		5	5	6	6	7	8	9	10
160-179	4	5	5	5	8	8	9	10	55 - 59	7	7	8	9	10	12	13	15
140-159	3	4	4	4	6	7	7	8		5	6	7	8	9	10	11	12
120-139	3	3	3	3	5	5	6	6		4	5	5	6	7	8	9	10
100-119	2	2	3	3	4	4	5	5		4	4	4	5	6	6	7	8
160-179	3	4	4	4	6	7	7	8	50 - 54	5	6	7	8	9	10	11	13
140-159	3	3	3	3	5	5	6	6		4	5	5	6	7	8	9	10
120-139	2	2	2	3	4	4	5	5		3	4	4	5	6	6	7	8
100-119	2	2	2	2	3	3	4	4		3	3	3	4	4	5	6	7
160-179	2	3	3	3	5	5	6	7	45 - 49	4	5	6	6	7	8	10	11
140-159	2	2	2	3	4	4	5	5		3	4	4	5	6	7	8	9
120-139	1	2	2	2	3	3	4	4		2	3	3	4	4	5	6	7
100-119	1	1	1	1	2	2	3	3		2	2	3	3	3	4	5	5
160-179	2	2	2	3	4	4	5	6	40 - 44	3	4	5	5	6	7	8	10
140-159	1	2	2	2	3	3	4	4		2	3	3	4	5	5	6	8
120-139	1	1	1	1	2	3	3	3		2	2	3	3	3	4	5	6
100-119	1	1	1	1	2	2	2	2		1	2	2	2	3	3	4	5

Non-HDL cholesterol (mmol/L)

LE CHOLESTEROL NON HDL correspond au CHOLESTEROL LDL et SES SOUS FRACTIONS ATHEROGENES, IL SE CALCULE PAR LA SOUSTRACTION SOIT :
CHOLESTEROL TOTAL moins CHOLESTEROL HDL (en mmol/L)

Pour les arbitres hors HN :

1. Risque faible (score = 1 ou 2) :
   - Bilan tous les 3 ans chez un médecin agréé FFBB
   - Dans l'intervalle des 3 ans : questionnaire de santé spécifique arbitre
2. Risque moyen ou élevé (score supérieur ou égale à 3) : Avis cardiologique

Pour les arbitres HN :

1. Risque faible : Consultation annuelle chez un médecin agréé
2. Risque moyen ou élevé (score supérieur ou égale à 3) : Avis cardiologique

Selon le score et donc le niveau de risque déterminé, se référer à la conduite à tenir détaillée dans la "Note Bilan médical des arbitres - Saison 2026-2027".

CONCLUSION

Je soussigné(e) Dr ....., Numéro d'agrément FFBB ....., 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 ....., Numéro d'agrément FFBB ....., 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° ou > +30° et lors des pics de pollution.

7/ Je ne fume pas, en tout cas jamais dans les 2 heures qui précédent 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.*