

*Ce questionnaire est soumis au secret professionnel et sera remis dès réception au médecin en charge du suivi médical des arbitres.*

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Profession : .....

Sport (s) pratiqué (s) : .....

Avez-vous été opéré (si possible joindre les comptes-rendus) ? .....  oui  non Précisez : .....

Avez-vous été hospitalisé pour ?

- traumatisme crânien .....  oui  non
- perte de connaissance .....  oui  non
- épilepsie .....  oui  non
- crise de tétanie, spasmodophilie..  oui  non

Avez-vous des troubles de la vue ? .....  oui  non Si vous portez des corrections, précisez lesquelles : .....

Avez-vous eu des troubles de l'audition ? .....  oui  non

Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ? .....  oui  non

A votre connaissance y-a-t-il eu dans votre famille un(e) ?

- accident, maladie cardiaque ou vasculaire survenu(e) avant 50 ans  oui  non
- mort subite survenue avant 50 ans (y compris celle du nourrisson)  oui  non

Avez-vous déjà ressenti pendant ou après un effort un(e)/des ?

- malaise / perte de connaissance.  oui  non
- palpitations (cœur irrégulier) .....  oui  non
- douleur thoracique .....  oui  non
- fatigue / essoufflement inhabituel  oui  non

Avez-vous un(e) ? .....

- maladie cardiaque.....  oui  non
- maladie des vaisseaux.....  oui  non
- souffle cardiaque.....  oui  non
- trouble du rythme connu.....  oui  non
- hypertension artérielle.....  oui  non
- diabète .....  oui  non
- infection sérieuse\*.....  oui  non
- cholestérol élevé .....  oui  non

\*dans le mois précédent

Avez-vous ? .....

- été opéré du cœur / des vaisseaux  oui  non
- suivi un traitement régulier\*.....  oui  non

\*ces 2 dernières années (médicaments, compléments alimentaires...)

Avez-vous déjà eu un(e) ? .....

- électrocardiogramme.....  oui  non
- échocardiogramme.....  oui  non
- épreuve d'effort maximale .....  oui  non

À quelle date : .....

À quelle date : .....

À quelle date : .....

Avez-vous déjà eu des troubles de la coagulation sanguine ? .....  oui  non

Date du dernier bilan sanguin, le joindre si possible ? .....

Avez-vous des allergies ? .....

- respiratoires\*.....  oui  non
- cutanées .....  oui  non
- à des médicaments .....  oui  non

\*rhume des foins, asthme

Lesquels ? .....

Prenez-vous des traitements pour ?

- l'allergie .....  oui  non
- l'asthme .....  oui  non

Lesquels ? .....

Lesquels ? .....

Avez-vous des maladies ORL répétitives (angines, sinusites, otites) ?  oui  non

Fumez-vous ? .....  oui  non Combien par jour ?..... Depuis combien de temps ? .....

Vos dents sont-elles en bon état\* ? .....  oui  non \*joindre votre dernier bilan dentaire, si possible.

Avez-vous déjà ? ..... • eu des problèmes de rachis\* .....  oui  non \*mal de dos, lombalgie, problèmes de vertèbres...  
• fait un bilan radiologique vertébral  oui  non Comportait-il des anomalies ? lesquelles .....

Avez-vous déjà eu une ou ?... • des luxations articulaires .....  oui  non Précisez le lieu et quand : .....  
• des fractures .....  oui  non Précisez le lieu et quand : .....  
• des ruptures tendineuses .....  oui  non Précisez le lieu et quand : .....  
• des tendinites chroniques .....  oui  non Précisez le lieu et quand : .....  
• des lésions musculaires .....  oui  non Précisez le lieu et quand : .....  
• des entorses graves .....  oui  non Précisez le lieu et quand : .....

Avez-vous ou présentez-vous des troubles psychiques/nerveux\* ? .....  oui  non \*dépression, excitabilité, tremblements, crise de nerfs...

Prenez-vous, actuellement, des médicaments ? .....  oui  non

Avez-vous pris, par le passé, des médicaments régulièrement ? .....  oui  non

Avez-vous une maladie non citée ci-dessus ? .....  oui  non Précisez : .....

Avez-vous été vacciné contre ? • le tétanos polio .....  oui  non Date de la dernière vaccination : .....  
• l'hépatite .....  oui  non Date de la dernière vaccination : .....  
• Autres .....  oui  non Précisez : .....

Avez-vous eu une sérologie HIV ? .....  oui  non Résultat : .....

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES FEMMES**

À quel âge avez-vous été réglée ? .....

Avez-vous un cycle régulier ? .....  oui  non

Avez-vous des périodes d'aménorrhée ? .....  oui  non

Combien de grossesses avez-vous eu ? .....

Prenez-vous un traitement hormonal ? .....  oui  non

Prenez-vous une contraception orale ? .....  oui  non

Consommez-vous régulièrement des produits laitiers ? .....  oui  non

Suivez-vous un régime alimentaire ? .....  oui  non

Avez-vous déjà eu des fractures de fatigue ? .....  oui  non

Dans votre famille, y-a-t-il des cas d'ostéoporose? .....  oui  non

Avez-vous une affection endocrinienne ? .....  oui  non Laquelle ? .....

Combien effectuez-vous d'heures d'entraînement par semaine ? .....

Je soussigné(e), Mme, Melle, M. .... certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Date :

Signature :