

RESUME DE L'EVALUATION

- **Suspicion de pathologie cardiaque**

Non oui, précisez : _____

- **Autres pathologies**

Non oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2025 / 2026

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 : _____

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

ANTECEDENTS MEDICAUX :

1.1 ANTECEDENTS PERSONNELS :

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

1.3 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



الكتشف عن تعاطي المخدرات - التحاليل الطبية السلبية -

المؤسسة الطبية أو المخبر: ...

العنوان: ...

☎ ...

رقم الهاتف/البريد الإلكتروني: ☎ ...

معلومات المعني بالتحاليل

الاسم و اللقب: ...

تاريخ ومكان الميلاد: ...

نوع العينة: ...

رقم بطاقة الهوية/جواز السفر: ...

الجهة الطالبة للتحاليل: ...

تفاصيل الفحص

للتحاليل المخبرية للكشف عن مايلي:

نعلم بأن المعني المذكور اسمه أعلاه قد خضع بتاريخ ... / ... / 2025

- المواد المخدرة.

- المؤثرات العقلية ومواد محضرة أخرى.

وفد تم اجراء التحاليل وفقا للمعايير الطبية المعتمدة.

الخلاصة

تحاليل سلبية

- نتيجة التحاليل الطبية خالية من المواد المخدرة و/أو المؤثرات العقلية الخاضعة للكشف.

**ملاحظة: يتحمل رئيس النادي والمعني كامل المسؤولية عن أي تزوير لهذه الشهادة
وفق ما هو منصوص عليه في القانونين المدني والرياضي.**

رئيس النادي

المخبر

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

3.1 ECG 12 ELECTRODES

- EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS
« Joindre une copie au contrôle »

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

Si Anormal, précisez :

3.2 Echocardiographie Initiale :

Effectuée le : / / / / / /

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

NB :

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

3.3 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 (TEST D'EFFORT) EST DEMANDE APRES L'AGE DE 35 ANS, RENOUVELE CHAQUE QUATRE (04) ANS.

4. AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

5. BILAN BIOLOGIQUE: « joindre les documents signés par le service accrédité».

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



DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

Saison sportive 2025 – 2026)

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

DATE DE NAISSANCE : /_/_/ /_/_/ /_/_/ /_/_/ (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 : _____