



## الكتنف 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

- المواد المخدرة.

- المؤثرات العقلية ومواد محضرة أخرى.

وقد 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



# 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 : .....

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



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, RENOUELE CHAQUE QUATRE (04) ANS.

### 4. AUTRES PATHOLOGIES : Si Oui, précisez

.....  
.....

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

- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. Groupage Sanguin,                | 7. Cholestérol LDL,            |
| 2. FNS avec taux des réticulocytes. | 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 : 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 : \_\_\_\_\_ Griffe et Signature : \_\_\_\_\_

