

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



## DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR

JOUEUR (SE):

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM (S) : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : /\_/\_/ /\_/\_/ /\_/\_/ (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M:  F:

CLUB : \_\_\_\_\_

LIGUE : \_\_\_\_\_

### 1. CARACTERISTIQUES

Poste  gardien de but  défenseur  
 milieu  attaquant  
Latéralisation  gaucher  droitier  Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois : /\_/\_/

**2. ANTECEDENTS MEDICAUX :**

**2.1 ANTECEDENTS PERSONNELS**

<b>Général</b>	<b>Non</b>	<b>oui, dans les 4 dernières semaines</b>	<b>oui, il y a plus de 4 semaines</b>
Symptômes de la grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infections (surtout virales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coups de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie nourriture/insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cœur et poumon</b>	<b>Non</b>	<b>Dans les 4 dernières semaines au repos / pendant après l'effort</b>	<b>Il y a plus de 4 semaines au repos / pendant après l'effort</b>
Douleur ou oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Syncope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>Non</b>	<b>Oui, dans les 4 dernières semaines</b>	<b>Oui, il y a plus de 4 semaines</b>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil lipidique anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crises, épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conseillé d'arrêter le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigué plus vite que coéquipiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diarrhées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

NOM ET PRENOM : ..... SAISON SPORTIVE : 2018/2019

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

	non	père	mère	frère/sœur	autre
Mort subite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort subite (infantile)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syncope à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transplantation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pacemaker/Défibrillateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syndrome de Marfan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Noyade inexplicée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accident de voiture inexplicé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (arthrite, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 2.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

	non	oui
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments contre l'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicament contre l'hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypolipidémiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM ET PRENOM : ..... SAISON SPORTIVE : 2018/2019

## 3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ cm Poids: /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ kg BMI : /\_\_\_//\_\_\_/./\_\_\_/\_\_\_/

**Glande thyroïde :**       normal       anormal

**Nœud lymphatique/rate**  normal       anormal

**Acuité visuelle :** **OD :** /\_\_\_/\_\_\_/      **OG :** /\_\_\_/\_\_\_/

**ORL : Surdité :**     Non                       Oui

**Examen bucco-dentaire**

Nombre de dents cariées: /\_\_\_/\_\_\_/

Nombre de dents absentes: /\_\_\_/\_\_\_/

Hygiène bucco-dentaire :       Bonne       Insuffisante

**Poumons :**

Auscultation                       normale       anormale

Percussion                         normale       anormale

Si Anormal,  
Précisez : .....

**Abdomen**

Palpation                          normale       anormale

Si Anormal,  
Précisez : .....

**Port d'appareil médico-chirurgical :**       Non                       Oui

Si Oui,  
Précisez : .....  
.....

**Symptômes du syndrome de Marfan :**     Non

Oui : précisez : .....

- Déformation du thorax
- Long bras et longues jambes
- Pieds plats
- Scoliose
- Dislocation du cristallin
- Autre \_\_\_\_\_

**NOM ET PRENOM :** ..... **SAISON SPORTIVE : 2018/2019**

**4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE**

Rythme                               normal       arythmique

Son  normal  anormal, précisez :  
 dédoublement  
 paradoxal  
 3<sup>e</sup> son  
 4<sup>e</sup> son

Souffle  non  oui, précisez :  
 Systolique – intensité /\_\_/6  
 Diastolique – intensité /\_\_/6  
 Claquements  
 Changements durant la manœuvre de Valsalva  
 Changements après s'être levé brusquement

Œdème périphérique  non  oui

Veine jugulaire (position à 45°)  normale  anormale

Reflux hépato-jugulaire  non  oui

#### **Vaisseaux sanguins**

Pouls périphérique  palpable  non palpable

Bruits vasculaires  non  oui

Varices  non  oui

**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

#### **4.1 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 : .....

.....  
NOM ET PRENOM : ..... SAISON SPORTIVE : **2018/2019**

#### **4.2 ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :**

Effectuée le : /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_ /

Résumé de l'échocardiographie (Joindre copie du résultat au contrôle).

.....  
.....  
.....

**NB :**

- L'examen échocardiographique initiale est obligatoire quel que soit l'âge des joueurs.
- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20 ans

## 5. AUTRES PATHOLOGIES :

Non :

Oui :

Si oui, précisez : .....

.....

.....

## 6. BILAN SANGUIN (A JEUN)

*\* joindre les documents signés par le laboratoire au contrôle*

1. Groupe Sanguin,
2. FNS avec taux de Réticulocytes,
3. Créatinémie,
4. Glycémie à jeun.

5. Autres : .....

.....

## 7. RESUME DE L'EVALUATION

**Suspicion de pathologie cardiaque**

Non       oui, précisez : .....

**Autres pathologies**

Non     oui, précisez : \_\_\_\_\_

**LE (A) JOUEUR (SE) CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2018 / 2019**

**NOM ET PRENOM :** \_\_\_\_\_

**APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR:**

**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 : \_\_\_\_\_