

الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION **A**LGÉRIENNE DE **F**OOTBALL
رابطة كرة القدم المحترفة
LIGUE DU **F**OOTBALL **P**ROFESSIONNEL



DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL PROFESSIONNEL

JOUEUR (SE):

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

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

SEXE : M: ☐ F: ☐

CLUB : _____

NATIONALE : UNE : ☐ DEUX : ☐

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 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSEES

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

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	☐	☐	☐	☐	☐
Mort subite (infantile)	☐		☐	☐	
Maladie coronarienne	☐ ☐	☐	☐	☐	
Cardiomyopathie	☐ ☐	☐	☐	☐	
Hypertension	☐ ☐	☐	☐	☐	
Syncope à répétition	☐ ☐	☐	☐	☐	
Arythmie cardiaque	☐ ☐	☐	☐	☐	
Transplantation cardiaque	☐ ☐	☐	☐	☐	
Chirurgie cardiaque	☐ ☐	☐	☐	☐	
Pacemaker/Défibrillateur	☐ ☐	☐	☐	☐	
Syndrome de Marfan	☐ ☐	☐	☐	☐	
Noyade inexplicée	☐ ☐	☐	☐	☐	
Accident de voiture inexplicé	☐	☐	☐	☐	☐
AVC	☐ ☐	☐	☐	☐	
Diabète	☐ ☐	☐	☐	☐	
Cancer	☐ ☐	☐	☐	☐	
Autres (arthrite, etc.)	☐ ☐	☐	☐	☐	

2.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

	non	oui
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	☐	☐
Médicaments contre l'asthme	☐	☐
Médicament contre l'hypertension	☐	☐
Hypolipidémiant	☐	☐
Antidiabétique	☐	☐
Psychotrope	☐	☐
Autres	☐	☐

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

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme ☐ normal ☐ arythmique

Son ☐ normal ☐ anormal, précisez :
☐ dédoublement
☐ paradoxal
☐ 3^e son
☐ 4^e 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 :

.....

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 BIOLOGIQUE (A JEUN)

* joindre les documents signés par le laboratoire.

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

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 PRENOMS : _____

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL PROFESSIONNEL:

☐ **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 : _____