

الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL
رابطة كرة القدم المحترفة
LIGUE DU FOOTBALL PROFESSIONNEL



**DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU
FOOTBALL PROFESSIONNEL**

JOUEUR :

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

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

CLUB : _____

1. CARACTERISTIQUES

Poste gardien de but défenseur

milieu attaquant

Latéralisation gaucher droitier Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois : / __ / __ / __ /

NOM ET PRENOM : SAISON SPORTIVE : 2020/2021

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :**2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSES**

| Général | Non | oui, dans les 4 dernières semaines | | | oui, il y a plus de 4 semaines | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> | | |
| 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 | <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"/> |
| Syncopes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Non | Oui, dans les 4 dernières semaines | | | Oui, il y a plus de 4 semaines | | |
| 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 : **2020/2021**

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"/> |
| 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 inexplicite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Accident de voiture inexplicite | <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 : 2020/2021

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 : **2020/2021**

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 :

.....

NOM ET PRENOM : SAISON SPORTIVE : 2020/2021

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 JOUEUR CITE CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2020 / 2021

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 : _____