



الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL

LIGUE REGIONALE DE FOOTBALL- ANNABA

DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR

JOUEUR (SE) :

NOM : _____ PRENOM : _____

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

CLUB : _____

1. CARACTERISTIQUES SPORTIVES

Poste	<input type="checkbox"/> Gardien de but	<input type="checkbox"/> Défenseur	
	<input type="checkbox"/> Milieu	<input type="checkbox"/> Attaquant	
Latéralisation	<input type="checkbox"/> Gaucher	<input type="checkbox"/> droitier	<input type="checkbox"/> Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois /__/_/___/

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2.1 ANTECEDENTS PERSONNELS

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"/>

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"/>

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 anormalePercussion normale anormale

Si Anormal,

Précisez :

AbdomenPalpation normale anormale

Si Anormal,

Précisez :

Port d'appareil médico-chirurgical : Non Oui**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 arythmiqueSon normal anormal, précisez : dédoublement paradoxal 3^e son 4^e sonSouffle 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 quelque 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 : _____ Griffe et Signature : _____