

 لإتحاد الجزائــــري لكرة القدم

 **F**ÉDÉRATION **A**LGÉRIENNE DE **F**OOTBALL

**L**IGUE DE WILAYA DE **F**OOTBALL- **A**NNABA

# DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU

**FOOTBALL AMATEUR**

**JOUEUR (SE) :**

NOM : PRENOM :

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

CLUB :

## CARACTERISTIQUES SPORTIVES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poste | Gardien de but |  | Défenseur |
| Latéralisation | MilieuGaucher | droitier | AttaquantLes 2 pieds |

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

## ANTECEDENTS MEDICAUX :

* 1. **ANTECEDENTS PERSONNELS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |  |  |

* 1. **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 inexpliquée

Accident de voiture inexpliqué AVC

Diabète Cancer

Autres (arthrite, etc.)

* 1. **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

## 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

### Symptômes du syndrome de Marfan : Non

Oui : précisez : …………………………………….………

Déformation du thorax

Long bras et longues jambes Pieds plats

Scoliose

Dislocation du cristallin

Autre

## SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son normal anormal, précisez : dédoublement paradoxal

3e son 4e 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

* 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 : ………………………………..…………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..

* 1. **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 dés l’âge de 20 ans.**

1. **AUTRES PATHOLOGIES :**

**Non : Oui :**

**Si oui, précisez** :………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

1. **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 :………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………..

1. **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 : 2019 / 2020**

**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 :