الإتحـاد الجزائــــري لكرة القدم

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



**DOSSIER MEDICAL DE L’ARBITRE**

NOM : PRENOM (S) :

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

SEXE : **M: F:**

LIGUE :

## CARACTERISTIQUES

Arbitre :

* + FIFA
  + CAF
  + FAF
  + Inter-Région
  + Régionale
  + Wilaya
  + Autres :……………………………………………………………………………………….……………………

Date ou l’année d’obtention du grade : ………………………………………………………………………………….……….

## ANTECEDENTS MEDICAUX :

* 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 |  |  |  |

* 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  Si Anormal, | normale | anormale |

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

## SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son normal anormal, précisez : dédoublement paradoxal

3e son 4e son

Souffle non oui, précisez :

Systolique Ŕ intensité / /6 Diastolique Ŕ 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 : ………………………………..…………………………………………………

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

# ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : / / / / / / / / / / /

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

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

### NB :

**-** L’EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUE INITIALE EST OBLIGATOIRE QUEL QUE SOIT L’AGE DE L’ARBITRE.

- DOIT ETRE RENOUVELEE DES L’AGE DE 20 ANS

1. **ECG DE STRESS (TEST D’EFFORT):**

Dernier Test d’Effort Effectuée le : / / / / / / / / / / /

Résumé de l’preuve d’Effort (Joindre une copie du tracé de l’Epreuve d’Effort).

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

**NB :** l’ECG DE STRESS (TEST D’EFFORT) EST DEMANDE APRES L’AGE DE 35 ANS, RENOUVELE CHAQUE DEUX ANS.

# AUTRES PATHOLOGIES :

### Non : Oui :

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

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

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

1. **BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN) :** \* joindre les documents signés par le laboratoire.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Groupage Sanguin, 2. FNS, 3. Sodium sanguin, 4. Potassium sanguin, 5. Créatinémie, 6. Cholestérol (total), | 1. Cholestérol LDL, 2. Cholestérol HDL, 3. Triglycérides, 4. Glycémie à jeun, 5. Protéine C-réactive (CRP), 6. Acide Urique. |

1. **RESUME DE L’EVALUATION**

### Suspicion de pathologie cardiaque

Non oui, précisez :

### Autres pathologies

Non oui, précisez :

**L’ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2019/ 2020**

**NOM ET PRENOMS :**

## APTE A LA PRATIQUE DE L’ARBITRAGE:

**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 :

****FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



LIGUE DE WILAYA DE FOOTBALL \* ANNABA \*

**Siège :** Place Tarik Ibn Ziad BP 68 -Annaba- **Tel Fax** : (038) 45.90.05 – (038) 45.90.06

**Site web**: [www.lwfannaba.org](http://www.lwfannaba.org) **E-mail** : [contact](mailto:contact)@lwfannaba.org

PHOTO

**FICHE D’ENGAGEMENT = ARBITRE=**

**SAISON : 2019 / 2020**

RH : .....

Nom (en majuscule) :………………………………………….… Prénom :…………………………………………………

Date & lieu de naissance :……………………………………… Wilaya :……………………………………………..……

Situation familiale :…………………………………………..…… Niveau d’instruction :………………………………

Adresse :……………………………………………………………………………….…………………………………………………

Fonction :………………………………………Employeur :……………………………………Lieu :…………………………

Mobile : …………………………Fax :…………………………Email (obligatoire) :……………….……….………………

Numéro : Compte Courant Postal (RIP):……………………………………………………………………………………

Ligue d’origine :……………………………………………..Année d’entrée à l’Arbitrage :………………..…………

Année d’accès au grade d’Arbitre Régional :………………………………………………….…………………………

Club (s) à éviter :…………………………………………………………………….…………………………………………………

* Etes-vous disponible à arbitrer pendant les journées de semaine : Oui Nom

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Je soussigné, certifie l’exactitude des renseignements, fournis ci-dessus, m’engage, dans le cadre de l’exercice de ma fonction, à répondre à toute désignation (sauf cas de force majeure), à me conformer aux directives techniques de ma structure et respecter les principes de déontologie définis par le Règlement du Championnat de football Amateur et le Règlement de l’Arbitre et de l’Arbitrage.

Fait à ……………………………… Le ……………………………………

(Signature légalisée)

**FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL**



**LIGUE DE WILAYA DE FOOTBALL \*ANNABA\***

Nom :……………………………………………………………………….……… Prénom : ………………………………………………………………………..…………

Groupe sanguin : ……………..…RH

Date et lieu de naissance : …………..…………………………………. à ………………………………………………..…………………………………….

**Examens subis**

|  |  |
| --- | --- |
| **MEDECINE GENERALE (EXAMEN CLINIQUE)** | |
| ………………………………………………………………………….…………………  ………………………………………………………………………….………………… | Cachet du médecin |
| ………………………………………………………………………….…………………  ………………………………………………………………………….………………… | Date : ……………………………… |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| **OPHTALMOLOGIE (ACUITE VISUELLE)** | |
| ………………………………………………………………………….…………………  ………………………………………………………………………….………………… | Cachet du médecin |
| ………………………………………………………………………….…………………  ………………………………………………………………………….………………… | Date : ……………………………… |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| **ELECTROCARDIOGRAMME (E.C.G)** | |
| ………………………………………………………………………….………………… | Cachet du médecin |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….…………………  ………………………………………………………………………….………………… | Date : ……………………………… |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |
| ………………………………………………………………………….………………… |  |

**Toute demande d’engagement ne signifie pas que l’arbitre est retenu conformément au règlement de l’arbitre et de l’arbitrage**