

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

**FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL**



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

**JOUEUR (SE):**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM (S) : \_\_\_\_\_

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

SEXE :    M: ☐    F: ☐

CLUB : \_\_\_\_\_

LIGUE : \_\_\_\_\_

**1. CARACTERISTIQUES**

|                |                                         |                                    |
|----------------|-----------------------------------------|------------------------------------|
| 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<br>4 dernières semaines                                              | oui, il y a plus de<br>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"/>                                                   |
| <b>Cœur et poumon</b>                | <b>Non</b>               | <b>Dans les 4 dernières<br/>semaines<br/>au repos / pendant<br/>après l'effort</b> | <b>Il y a plus de 4 semaines<br/>au repos / pendant<br/>après l'effort</b> |
| Douleur ou oppression<br>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<br>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"/> |
|                                      | <b>Non</b>               | <b>Oui, dans les<br/>4 dernières semaines</b>                                      | <b>Oui, il y a plus de<br/>4 semaines</b>                                  |
| 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<br>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 : 2022/2023

## 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"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Cardiomyopathie                | <input type="checkbox"/> <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"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Syncope à répétition           | <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"/> |                          |
| Transplantation cardiaque      | <input type="checkbox"/> <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"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Pacemaker/Défibrillateur       | <input type="checkbox"/> <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"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Noyade inexpliquée             | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Accident de voiture inexpliqué | <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"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Diabète                        | <input type="checkbox"/> <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"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| Autres (arthrite, etc.)        | <input type="checkbox"/> <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 : 2022/2023

### 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<sup>e</sup> son  
☐ 4<sup>e</sup> 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 : 2022/2023

## 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 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 : 2022/2023

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 : \_\_\_\_\_ Griffes et Signature : \_\_\_\_\_



# الإتحاد الجزائري لكرة القدم Fédération Algérienne de Football

## CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU FOOTBALL SAISON SPORTIVE : 2022 – 2023

Je Soussigné : ..... Docteur en Médecine  
(N° d'inscription à l'ordre des médecins de: ..... sous le Numéro : .....)

Photo

Structure d'exercice : .....

Atteste que le(a) joueur (se) :

Nom : .....

Prénoms : .....

Fils (Fille) de : ..... et de : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Club : ..... Ligue : .....

A été examiné(e) ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF.  
Et qu'il(Elle) n'a, au vu du dossier médical présenté, aucune déficience.

Je certifie que le(a) joueur (se) susnommé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du Football organisée sous l'égide de la FAF ou de l'une de ses ligues affiliées.

Fait à : ..... le : .....

**Le Président du Club**

(Nom, Prénom, griffe et signature)

**Le Médecin**

(Nom, Prénom, griffe et signature)

**NB :** La présentation du certificat médical de non contre-indication à la pratique du Football est obligatoire pour l'obtention ou le renouvellement annuel de la licence sportive.