

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



FOOTBALL AMATEUR

« LNFA_LIRF_LFF_LRF_LWF »

DOSSIER MÉDICAL PRÉ-COMPÉTITION « PCMA »

« PRE-COMPETITION MEDICAL ASSESSMENT »

JOUEUR (SE):

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

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

CLUB : _____

LIGUE : _____

1. CARACTERISTIQUES

Poste gardien de but défenseur
 milieu attaquant
Latéralisation gaucher droitier Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois _____

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"/>
Souffle court	<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"/>
Toux	<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"/>
Palpitations	<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"/>
Autres problèmes cardiaques	<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"/>
Syncopes	<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"/>

Appareil locomoteur

Blessures graves conduisant à plus de quatre semaines de ralentissement ou d'arrêt :

- | | | | |
|------------------------------|-----|---------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> non | oui | <input type="checkbox"/> adducteurs | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> quadriceps | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> ischio-jambiers | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> ligaments du genou | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> ligaments de la cheville | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ | quand ? _____ (année) |

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : _____

Opérations sur l'appareil locomoteur :

- | | | | |
|------------------------------|-----|---------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> non | oui | <input type="checkbox"/> hanche | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> aine (pubalgie) | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> ligaments du genou | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> ménisque ou cartilage du genou | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> tendon d'Achille | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> cheville | quand ? _____ (année) |
| | | <input type="checkbox"/> autres opérations | quand ? _____ (année) |

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : _____

Gènes ou douleurs récurrentes :

non oui (spécifier **partie du corps**)

- | | | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tête/visage | <input type="checkbox"/> épaule | droite-gauche | |
| <input type="checkbox"/> nuque | <input type="checkbox"/> bras | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hanche | |
| <input type="checkbox"/> vertèbre thoracique | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aine | |
| <input type="checkbox"/> vertèbre lombaire | <input type="checkbox"/> avant-bras | <input type="checkbox"/> coude | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cuisse |
| <input type="checkbox"/> sternum/côtes | <input type="checkbox"/> poignet | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> genou | |
| <input type="checkbox"/> abdomen | <input type="checkbox"/> main | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> basse jambe | |
| <input type="checkbox"/> bassin/sacrum | <input type="checkbox"/> doigts | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tend. d'Achille | |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cheville | |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pied/orteil | |

Diagnostic et traitement :

- | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> pubalgie | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
| | <input type="checkbox"/> lésion de l'ischio-jambier | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
| | <input type="checkbox"/> lésion du quadriceps | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
| | <input type="checkbox"/> entorse du genou | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
| | <input type="checkbox"/> lésion du ménisque | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
| | <input type="checkbox"/> tendinite de la cheville | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
| | <input type="checkbox"/> entorse de la cheville | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
| | <input type="checkbox"/> commotion | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
| | <input type="checkbox"/> douleur lombaire | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |

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"/>
Hypolipémiant	<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

Glande thyroïde normal anormal

Nœud lymphatique/rate normal anormal

Poumons

Percussion normal anormal

Respiration normal anormal

Abdomen

Palpation normal anormal

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^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°) normal anormal

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

Cheville _____ / _____ mmHg

4.1 ECG 12 ELECTRODES* EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS

* Joindre une copie originale

Rythme/conduction normal anormal, précisez :
 battements ventriculaires prématurés
 battements supraventriculaires prématurés
 tachycardie supraventriculaire
 arythmie ventriculaire
 flutter auriculaire/fibrillation
 grande amplitude (onde delta)
 bloc atrio-ventriculaire, précisez :
 premier degré
 second degré type I
 second degré type II
 troisième degré

Indices temporels PQ _____ ms QRS _____ ms QTc _____ ms

Dilatation auriculaire non oui, gauche (partie négative de l'onde P dans V1≥0,1mV en amplitude et ≥0,04 s en durée)
 oui, droite (pic d'onde P dans électrodes II et III ou V1≥0,25mV en amplitude)

Dépolarisation/complexe QRS

- Axe normal anormal ($\geq +120^\circ$ ou -30° à -90°)
- Voltage normal anormal
- Hypertrophie du ventricule gauche non oui
- Ondes Q normal anormal ($>0,04$ s en durée ou $>25\%$ en amplitude des ondes R ou QS à 2 électrodes ou plus)
- Bloc de branche non oui, précisez :
 gauche complet ($>0,12$ s)
 droit complet ($>0,12$ s)
 antérieur gauche incomplet
 postérieur gauche incomplet
 incomplet droit
- Onde R normal onde R ou R' pathologique dans l'électrode V1 ($\geq 0,5$ mV en amplitude + R/S ratio ≥ 1)
 autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

- normal anormal, précisez :

	<u>Électrode</u>											
	I	II	III	aVR	aVL	AVF	v1	v2	v3	V4	V5	V6
Baisse des ondes ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplatissement des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversion des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repolarisation prématurée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Résumé de l'analyse de l'ECG : normal anormal

5. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN)

* joindre les documents signés par le laboratoire.

1. FNS avec taux de Réticulocytes,
2. Groupage Sanguin,
3. Créatinémie,
4. Glycémie à jeun .

6. APPAREIL LOCOMOTEUR

6.1 COLONNE VERTEBRALE, NIVEAU DU BASSIN ET LONGUEUR DES JAMBES

Forme de la colonne

- normal plat
 hypercyphose
 hyperlordose
 scoliose

Niveau du bassin horizontal

plus bas à droite plus bas à gauche

Différence de niveau malléolaire

normal anormal

Rotation cervicale

à droite _____° douloureux non oui

à gauche _____° douloureux non oui

Souplesse rachidienne

Distance du bout des doigts au sol : _____cm

6.2 EXAMEN DES HANCHES, DE L'AINE ET DE LA CUISSE

Souplesse de la hanche

Flexion / Extension

droite _____° / _____° douloureux non oui

gauche _____° / _____° douloureux non oui

Rotation vers l'intérieur (flexion de 90°)

droite _____° douloureux non oui

gauche _____° douloureux non oui

Rotation vers l'extérieur (flexion de 90°)

droite _____° douloureux non oui

gauche _____° douloureux non oui

Abduction

droite _____° douloureux non oui

gauche _____° douloureux non oui

Sensibilité à la palpation de l'aîne

droite non pubis canal inguinal
 gauche non pubis canal inguinal

Hernie

droite non oui
 gauche non oui

Muscles

Adducteurs

droite normal anormal, précisez : raccourci douloureux
 gauche normal anormal, précisez : raccourci douloureux

Ischio-jambiers

droite normal anormal, précisez : raccourci douloureux
 gauche normal anormal, précisez : raccourci douloureux

Iliopsoas

droite normal anormal, précisez : raccourci douloureux
 gauche normal anormal, précisez : raccourci douloureux

Quadriceps

droite normal anormal, précisez : raccourci douloureux
 gauche normal anormal, précisez : raccourci douloureux

6.3 EXAMEN DU GENOU

Axe de l'articulation du genou

droit normal genu varum genu valgum
 gauche normal genu varum genu valgum

Flexion / Extension

droite _____° / _____° douloureux non oui

gauche _____° / _____° douloureux non oui

Test de Lachman

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Signe de tiroir antérieur (genou à 90° de flexion)

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Signe de tiroir postérieur (genou à 90° de flexion)

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Valgus forcé, en extension

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Valgus forcé, 30° de flexion

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Varus forcé, en extension

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Varus forcé, 30° de flexion

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

6.4 EXAMEN DE LA JAMBE, DE LA CHEVILLE ET DU PIED

Sensibilité de la cheville

droite non oui
gauche non oui

Signe de tiroir antérieur

droite normal + ++ +++
gauche normal + ++ +++

Dorsiflexion

droite _____ ° douloureux non oui
gauche _____ ° douloureux non oui

Flexion plantaire

droite	_____°	douloureux	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
gauche	_____°	douloureux	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

Supination totale

droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue

Pronation totale

droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue

Articulation métatarsienne

droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologique
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologique

7. RESUME DE L'EVALUATION :

Suspicion de pathologie cardiaque

non oui, précisez : _____

Autres pathologies

non oui, précisez : _____

LE (LA) JOUEUR (SE) :

NOM ET PRENOM (S) : _____

SAISON SPORTIVE : 20..... / 20.....

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE HAUT NIVEAU :

Oui **Non**

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom du Médecin : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Date : _____ Signature : _____