

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL

COMMISSION MEDICALE



Certificat Préalable a la Pratique du Football au Sein des Compétitions
DE TOUTES DIVISIONS ET CATEGORIES CONFONDUS DES LIGUES
(L.N.F, L.I.R.F, L.R.F ET L.F.W, SAUF SENIORS L.N.F, L.I.R.F)
Saison Sportive 2009-2010

Je Soussigné, Docteur en médecine, Médecin du Club

Nom :

Prénom :

N° Conseil de l'Ordre :

Certifie avoir examiné ce jour, selon les directives de la commission médicale de la F.A.F,

Le Joueur :

Nom :

Prénom :

Né le :

Et

Certifie n'avoir constaté, à la date de ce jour, aucun clinique, radiologique ou biologique, qui contre-indique la pratique du football au sein des compétitions des ligues de la Fédération Algérienne de Football (L.N.F, L.I.R.F et L.R.F, L.F.W).

Je m'engage, avec le président et le secrétaire général de mon club, à présenter immédiatement tous les éléments constitutifs du dossier Médical Obligatoire lors de toutes sollicitation d'un médecin fédéral,

(F.A.F, L.N.F ou L.R.F, L.F.W).

A.....le

Nom et Prénom (Lisible du Médecin) :

Signature Cachet et Griffes Obligatoire

Visa (Secrétaire Général du Club) :

Signature Cachet et Griffes Obligatoire

Visa (Président du Club) :

Signature Cachet et Griffes Obligatoire

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL

COMMISSION MEDICALE



DOSSIER MEDICAL DE BASE

TOUTES DIVISIONS ET CATEGORIES (**AGES**) CONFONDUS DES LIGUES
(L.N.F, L.I.R.F, L.R.F ET L.F.W, **SAUF SENIORS** L.N.F, L.I.R.F)
SAISON SPORTIVE 2009-2010

JOUEUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

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

CLUB : _____

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"/>



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"/>	<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 inexplicée	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>



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 en copie

Rythme/conduction Normal Anormal, précisez :

- Battements ventriculaires prématurés
- Battements supra ventriculaires prématurés
- Tachycardie supra ventriculaire
- 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 $V1 \geq 0,1mV$ en amplitude et $\geq 0,04$ s en durée)

Oui, droite (pic d'onde P dans électrodes II et III ou $V1 \geq 0,25mV$ en amplitude)

Dépolarisation/complexe QRS

Axe Normal Normal ($\geq +120^\circ$ ou -30° à -90°)

Voltage Normal Normal

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 ($\geq 0,5mV$ en amplitude + R/S ratio ≥ 1)

Autres



Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

Normal

Anormal, précisez :

Électrode

	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 Préaturée	<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. RESULTATS SANGUINS (A JEUN)

Hémoglobine	_____ mg/dl
Hématocrite	_____ %
Érythrocytes	_____ mg/dl
Thrombocytes	_____ mg/dl
Leucocytes	_____ mg/dl
Sodium	_____ mmol/l
Potassium	_____ mmol/l
Créatinine	_____ µmol/l
Cholestérol (total)	_____ mmol/l
Cholestérol LDL	_____ mmol/l
Cholestérol HDL	_____ mmol/l
Triglycérides	_____ mmol/l
Glucose	_____ mmol/l
Protéine C-réactive	_____ mg/l



6. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de Pathologie Cardiaque

Non Oui, précisez : _____

Autres Pathologies

Non Oui, précisez : _____

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE HAUT NIVEAU

Oui Non

8-Médecin Examineur et Institution

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone Mobil : Tél. / Fax :

Courrier :

Date.....

Signature du Médecin du Club

Cachet et Griffes Obligatoires