**Fédération Algérienne de Football**

**Ligue Régionale de Football de Blida**

**Ligue de Football de la Wilaya de Chlef**

**SAISON 2017 – 2018**

**Dossier Médical de Base**

**Entraîneur**

**Fédération Algérienne de Football**

**Ligue Régionale de Football de Blida**

**Ligue de Football de la Wilaya de Chlef**

**Certificat Médical d’Aptitude pour Entraineur**

**Je soussigné, Docteur : …………………………………………………………..**

**Demeurant à : …………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**Certifie avoir examiné Mr : ………………………………………………………**

**Né le : ………………………à : Commune/Wilaya : ………………………….**

**Demeurant à : ………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

**Commune de : …………………………Wilaya : ………………….CP :……….**

**Tél/Fax : …………………………Mob : ……………………..E.Mail : ………….**

**Appartenant à l’association sportive : ………………………………………**

**Ligue Wilaya de Football Chlef Saison sportive : 2017-2018**

**Examen physique :**

**Taille : …………m, Poids : ………kgs- Tours abdominal : ………………cm**

**ATCD (Médicaux/Chirurgicaux) : …………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………….**

**Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos.**

**Bras droite \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

**Bras gauche \_\_\_\_ / \_\_\_\_**

**Résumé de l’examen clinique :**

**………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Bilan sanguin à jeun : (Obligatoire)**

**Biologie**

**Hémoglobine**

**Hématocrite**

**Erythrocytes**

**Thrombocytes**

**Sodium**

**Potassium**

**Urée sanguine**

**Créatinémie**

**Cholestérol (total)**

**Cholestérol LDL**

**Cholestérol HDL**

**Triglycérides**

**Glycémie**

**Protéine C-réactive**

**Autres : …………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………**

**ECG : (Joindre une Copie originale)**

**Rythme/conduction : Normal Anormal, précisez**

**Battements ventriculaires prématurés**

**Battements supra-ventriculaire 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 QTs\_\_\_\_\_ms**

**Dilatation auriculaire Non**

 **Oui, gauche (partie négative de l’onde P dans V1>0,1mV en amplitude et >0,04s en durée)**

 **Oui, droite (pic d’onde P dans électrodes II et III ou V>0,25mV en amplitude)**

**Dépolarisation/complexe QRS**

**Axe Normal Anormal (>+120° 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 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 (>0,5mV en amplitude + R/S ratio >1)**

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

**………………………………………………………………………………………………………..**

**Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)**

 **Normal Anormal, précisez : ……………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Résumé de l’analyse de l’ESG Normal Anormal**

**Au terme de l’examen clinique, je soussigné**

**Dr : ………………………………………………………………..**

**Certifie et déclare n’avoir pas constaté à la date de ce jour, pas de troubles psychologiques et psychiatriques, pas d’autres signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de fonction d’entraineur de football, dont certificat, sous toute réserve de modification de l’état actuel.**

**Remarques :**

**Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence.**

**Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat.**

**Toutes le cases doivent être renseignées, Ne pas oublie de dater et signer le certificat.**

**Date de l’examen médical : …………………………………………………………….**

 **Nom, Prénom et Signature de Médecin**