

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)

SEXE : M: F:

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

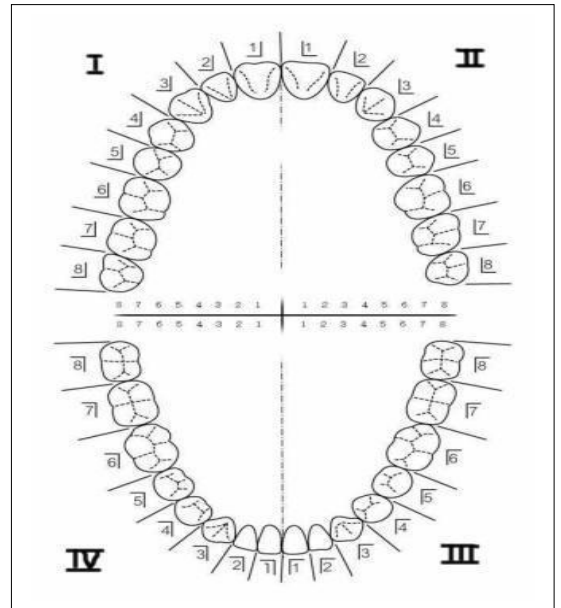
Examen Bucco-dentaire

Carie dentaire Oui Non

Le nombre de dents cariées =

Cochez les dents cariées sur le formule dentaire

Encerclez les dents absentes sur la formule dentaire



Hygiène bucco-dentaire : Bonne Insuffisante

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

Nom & Prénom du (de la) Joueur (se) : Saison: 20...../20.....

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 $\geq 0,1$ mV en amplitude et $\geq 0,04$ s en durée)
- oui, droite (pic d'onde P dans électrodes II et III ou V1 $\geq 0,25$ mV 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
($\geq 0,5\text{mV}$ 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

Aplatissement des ondes T

Inversion des ondes T

Repolarisation prématurée

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 AMATEUR :

Oui **Non**

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom du Médecin : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Date : _____ Signature : _____