الإتحــاد الجزائــــري لكرة القدم

**F**ÉDÉRATION **A**LGÉRIENNEDE **F**OOTBALL

****

**Dossier Médical Préalable à la Pratique du Football Amateur**

**Joueur (se):**

### Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom (s) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Date de naissance : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/ /\_\_\_\_/\_\_\_\_/ /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ (jour / mois / année)

### Sexe : M: [ ]  F: [ ]

### Club : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### Ligue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Caractéristiques**

Poste [ ]  gardien de but [ ]  défenseur

 [ ]  milieu [ ]  attaquant

Latéralisation [ ]  gaucher [ ]  droitier [ ]  Les 2 pieds

Nombre de matches disputés ces 12 derniers mois : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Nom et Prénom** :……………………………………………………………………………………. Saison Sportive : **2024/2025**

**2. Antécédents médicaux :**

**2.1 Antécédents Personnels**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Général** | **Non** | oui, **dans les****4 dernières semaines** | oui, **il y a plus de** **4 semaines** |
| Symptômes de la grippe | [ ]  | [ ]  |  |
| Infections (surtout virales) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fièvre rhumatismale | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Coups de chaleur | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Commotion | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Allergie nourriture/insectes | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Allergie médicaments | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Cœur et poumon** | **Non** | **Dans les 4 dernières semaines**au repos / pendantaprès l’effort | **Il y a plus de 4 semaines** au repos / pendantaprès l’effort |
| Douleur ou oppression thoracique | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Essoufflement  | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Souffle court | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Asthme | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Toux | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Bronchite | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Palpitations | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Arythmie cardiaque | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Autres problèmes cardiaques | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Vertiges | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
| Syncopes | [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  | [ ]  [ ]  [ ]  |
|  | **Non** | **Oui, dans les4 dernières semaines** | **Oui, il y a plus de 4 semaines** |
| Hypertension | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Souffle au cœur | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Profil lipidique anormal | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Crises, épilepsie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Conseillé d’arrêter le sport | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fatigué plus vite que coéquipiers | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Diarrhées  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**Nom et Prénom** :……………………………………………………………………………………. Saison Sportive : **2024/2025**

**2.2 Antécédents familiaux (parents hommes de moins de 55 ans, parents femmes de moins de 65 ans)**

**non père mère frère/sœur autre**

Mort subite [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Mort subite (infantile) [ ]  [ ]  [ ]

Maladie coronarienne [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Cardiomyopathie [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Hypertension [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Syncope à répétition [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Arythmie cardiaque [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Transplantation cardiaque [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Chirurgie cardiaque [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Pacemaker/Défibrillateur [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Syndrome de Marfan [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Noyade inexpliquée [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Accident de voiture inexpliqué [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

AVC [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Diabète [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Cancer [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Autres (arthrite, etc.) [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**2.3 Prescription médicale courante de ces 12 derniers mois**

**non oui**

Anti-inflammatoires non stéroïdiens **[ ]  [ ]**

Médicaments contre l’asthme **[ ]  [ ]**

Médicament contre l’hypertension **[ ]  [ ]**

Hypolipidémiant **[ ]  [ ]**

Antidiabétique **[ ]  [ ]**

Psychotrope **[ ]  [ ]**

Autres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  [ ]

**Nom et Prénom** :……………………………………………………………………………………. Saison Sportive : **2024/2025**

**3. Examen physique général**

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom et Prénom** :……………………………………………………………………………………. Saison Sportive : **2024/2025**

**4. Système cardiovasculaire**

Rythme [ ]  normal [ ]  arythmique

Son [ ]  normal [ ]  anormal, précisez :

[ ]  dédoublement

[ ]  paradoxal

[ ]  3e son

[ ]  4e 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 électrodes**

**\* en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos**

**\* Joindre une copie au contrôle**

**Résumé de l’analyse de l’ECG :** [ ]  normal [ ]  anormal

Si Anormal, précisez : ………………………………..…………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..

**Nom et Prénom** :……………………………………………………………………………………. Saison Sportive : **2024/2025**

**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 (à 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. Ure Sanguine,
6. Autres si nécessaire

…………………………………………………………………………………..

**7. Résumé de l’évaluation**

**Suspicion de pathologie cardiaque**

[ ]  Non [ ]  oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autres pathologies**

[ ]  Non [ ]  oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**le (a) joueur (se) cite(e) ci-dessous : Saison sportive : 2024/2025**

**Nom et Prénom :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apte à la pratique du football amateur:**

**[ ]**  **Oui [ ]  Non**

|  |  |
| --- | --- |
| **8.**  | **Médecin examinateur et institution**  |

|  |
| --- |
| Nom et Prénom  du Médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N° inscription à l’ordre des médecins : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/Structure d’exercice : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Griffe et Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |