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 / pendant  après l’effort | **Il y a plus de 4 semaines**  au repos / pendant  après l’effort |
| Douleur ou oppression thoracique |  |  |  |
| Essoufflement |  |  |  |
| Souffle court |  |  |  |
| Asthme |  |  |  |
| Toux |  |  |  |
| Bronchite |  |  |  |
| Palpitations |  |  |  |
| Arythmie cardiaque |  |  |  |
| Autres problèmes cardiaques |  |  |  |
| Vertiges |  |  |  |
| Syncopes |  |  |  |
|  | **Non** | **Oui, dans les 4 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |