

DOSSIER MEDICAL

- ***Le dossier médical obligatoire préalable à l'obtention d'une licence comporte :***
 1. ***Certificat médical de non contre -indication à la pratique sportive.***
 2. ***Electrocardiogramme (ECG), commenté réalisé avec 12 dérivations.***
- ***Les deux documents doivent être et signés lisiblement par un médecin généraliste ou spécialiste qui devra y apposer sa griffe.***
- ***Toute suspicion diagnostique concernant la lecture de l'ECG devra obligatoirement mener d'un examen cardiologie spécialisé avec les investigations nécessaires demandées par le spécialiste (Bilan biologique, Echocardiographie, test d'effort, etc...).***
- ***Pour tous les joueurs de moins de 17 ans, le dossier médical doit comporter de plus une copie du carnet de vaccination, dûment mis à jour, conformément aux directives du plan national de vaccination.***

الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

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

SEXE : M: F:

LIGUE : _____

1. CARACTERISTIQUES

ARBITRE :

FIFA

CAF

FAF

INTER-REGION

REGIONALE

WILAYA

AUTRES :

DATE OU L'ANNEE D'OBTENTION DU GRADE

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2.1 ANTECEDENTS PERSONNELS

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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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"/> <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"/>	
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"/>
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 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 _____

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°) 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 ELECTRODES

*** EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS**

* Joindre une copie au contrôle

Résumé de l'analyse de l'ECG : normal anormal

Si Anormal, précisez :
.....

NOM ET PRENOM : SAISON SPORTIVE : 2021/2022

4.2 ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Résumé de l'échocardiographie (Joindre copie du résultat au contrôle).

.....
.....
.....

NB :

- L'examen **ECHOCARDIOGRAPHIQUE INITIALE EST OBLIGATOIRE** quel que soit l'âge de L'arbitre

- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20 ans

5. ECG DE STRESS (TEST D' EFFORT) :

Dernier Test d'effort effectuée le : /_/_/ /_/_/ /_/_/_/_/

Résumé de l'épreuve d'effort (joindre une copie du tracé de l'épreuve d'effort).

.....
.....
.....

NB : l'EGC de Stress (Test d'EFFORT) EST DEMANDE APRES L AGE DE 35 ANS
RENOUVELE CHAQUE DEUX ANS

6. AUTRES PATHOLOGIES

NON :

OUI :

SI OUI PRECISEZ

.....
.....
.....

7. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN)

* joindre les documents signés par le laboratoire au contrôle

- | | | |
|----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 1. Groupe Sanguin, | 6, cholestérol (total) | 11, Protéine C-réactive (CRP) |
| 2. FNS | 7,cholestérol (LDL) | 12, Acide Urique |
| 3. Sodium sanguin | 8,cholestérol (HDL) | |
| 4. Potassium sanguin | 9,Triglycérides | |
| 5. Créatinémie | 10,glycémie à jeun | |

Cachet du Médecin Cardiologue

7. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

Non oui, précisez : _____

Autres pathologies

Non oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2021 / 2022

NOM ET PRENOM : _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

Oui **Non**

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____

N° inscription à l'ordre des médecins : /___/___/___/___/___/

Structure d'exercice : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Date : _____ Griffes et Signature : _____

Cachet du Médecin Cardiologue



الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



Photo
3,5 x 3,5

**DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES
D'INFECTION PAR LA COVID-19
SAISON SPORTIVE: 2021 - 2022**

Par la présente je soussigné(e),

Mme/Mr :

Nom :

Prénom(s) :

Fils (le) de : et de :

Né (e) le : à : Wilaya de :

Club : ligue de :

Demeurant :

Déclare sur l'honneur n'avoir présenté, ces dernières 72 heures, aucun des symptômes suivants :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous de la fièvre supérieure à 38° ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des difficultés à respirer ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des éruptions cutanées ou engelures ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous de la diarrhée ou vomissements ces derniers 24 heures ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou lors d'un petit effort ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été en contact d'un suspect ou confirmé de COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous consulté pour des signes en faveur de COVID-19 COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous fait une radiographie ou scanner thoracique COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été hospitalisé pour suspicion ou une maladie COVID-19 depuis février 2020 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques POSITIFS de la maladie COVID-19 ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

L'arbitre devra absolument consulter le médecin avant la signature du dossier d'arbitrage

- a eu la COVID-19
- a été en contact avec un malade COVID-19
- a eu une maladie chronique et n'a pas fait du sport depuis plus de trois mois
- a répondu OUI à une des questions ci-dessus

Je certifie avoir pris connaissance des risques de contamination par le coronavirus, et je m'engage à respecter des gestes barrières, d'hygiène et de sécurité, et je confirme l'exactitude des informations contenues dans la déclaration sur l'honneur sus-citées.

Signature de L'arbitre

Fait à :

Le : à : h mn