

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 PREALABLE A LA PRATIQUE DU
FOOTBALL AMATEUR**

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 : /__/_/ __/_/

Cachet et Signature du Président du club

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	☐	☐	
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 PRENOM : SAISON SPORTIVE : 2019/2020

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	☐	☐	☐	☐	☐
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 MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

	non	oui
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	☐	☐
Médicaments contre l'asthme	☐	☐
Médicament contre l'hypertension	☐	☐
Hypolipidémiant	☐	☐
Antidiabétique	☐	☐
Psychotrope	☐	☐
Autres _____	☐	☐

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 :

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 (A 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. Autres :
.....

Cachet du Médecin Cardiologue

7. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

LE (A) JOUEUR (SE) CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2019 / 2020

NOM ET PRENOM : _____

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR:

☐ 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