

FEDERATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE. : / / / / / / / / / /

SEXE : M : F :

LIGUE.....

1. CARACTERISTIQUES

- Arbitre
- FIFA
- CAF
- FAF
- Inter-Région
- Régionale
- Wilaya
- Autres

Date ou l'année d'obtention du grade :

NOM ET PRENOM :saison sportive :

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2.1 ANTECEDENTS PERSONNELS

GENERAL	NON	Oui, dans les 4derniers semaines	Oui, il y a plus de 4 semaines
Symptômes de la grippe	<input type="checkbox"/>	<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"/>
Coup 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/pendants après l' efforts	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"/>
Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncopes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non	OUI, dans les 4 derniers 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"/>

NOM ET PRENOM :saison sportive.....

3. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

- Rythme normal arythmique
- Son normal anormal, précisez :
Dédoublement
 Paradoxal
 3é son
 4é son
- Souffle oui, précisez :
- Systolique – intensité /
- Diastolique – intensité /
- Claquements
- Changements durant la manœuvre de Valsalva
- Changement après s'être 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 vasculaire non oui
- varices non oui
- Pouls après 5 minutes de repos : / / / / min

Préssion artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit : / / / / / / / / mmHg

Bras gauche / / / / / / / / mmHg

3.1 ECG 12 ELECTRODES

EN POSITION ALLONGE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS

Joindre une copie au contrôle

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

Si Anormale , précisez :

.....

4. RESUME DE L'EVALUATION :

Suspicion de pathologie cardiaque

Non

oui, précisez :.....

Autres pathologies :

Non

oui, précisez.....

L'arbitre

NOM ET PRENOM

SAISON SPORTIVE 20 /20

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR

OUI

NON

MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom du Médecin :.....

Adresse :.....

.....

.....

Téléphone :.....fax.....

Email :.....

Date.....signature.....