

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



## FOOTBALL AMATEUR

« LNFA\_LIRF\_LFF\_LRF\_LWF »

DOSSIER MÉDICAL PRÉ-COMPÉTITION « PCMA »

« PRE-COMPETITION MEDICAL ASSESSMENT »

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 \_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

### 2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSES

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"/>
<b>Cœur et poumon</b>	<b>non</b>	Dans les 4 dernières semaines <b>au repos... pendant/après l'effort</b>	Il y a plus de 4 semaines <b>au repos...pendant/après l'effort</b>
Douleur ou oppression thoracique	<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"/>
Asthme	<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"/>
Bronchite	<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"/>
Arythmie cardiaque	<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"/>
Vertiges	<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"/>
	<b>non</b>	oui, dans les <b>4 dernières semaines</b>	oui, il y a plus de <b>4 semaines</b>
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"/>

### Appareil locomoteur

**Blessures graves** conduisant à plus de quatre semaines de ralentissement ou d'arrêt :

- |                              |     |   |                       |
|------------------------------|-----|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> non | oui | <input type="checkbox"/> adducteurs               | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> quadriceps               | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ischio-jambiers          | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ligaments du genou       | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ligaments de la cheville | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ | quand ? _____ (année) |

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : \_\_\_\_\_

### **Opérations sur l'appareil locomoteur :**

- |                              |     |   |                       |
|------------------------------|-----|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> non | oui | <input type="checkbox"/> hanche                         | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> aine (pubalgie)                | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ligaments du genou             | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ménisque ou cartilage du genou | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> tendon d'Achille               | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> cheville                       | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> autres opérations              | quand ? _____ (année) |

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : \_\_\_\_\_

### **Gènes ou douleurs récurrentes :**

non  oui (spécifier **partie du corps**)

- |  |                                     |   |  |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> tête/visage         | <input type="checkbox"/> épaule     | droite-gauche   |  |
| <input type="checkbox"/> nuque               | <input type="checkbox"/> bras       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hanche          |  |
| <input type="checkbox"/> vertèbre thoracique |                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aine            |  |
| <input type="checkbox"/> vertèbre lombaire   | <input type="checkbox"/> avant-bras | <input type="checkbox"/> coude                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cuisse |
| <input type="checkbox"/> sternum/côtes       | <input type="checkbox"/> poignet    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> genou           |  |
| <input type="checkbox"/> abdomen             | <input type="checkbox"/> main       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> basse jambe     |  |
| <input type="checkbox"/> bassin/sacrum       | <input type="checkbox"/> doigts     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tend. d'Achille |  |
|  |                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cheville        |  |
|  |                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pied/orteil     |  |

### **Diagnostic et traitement :**

- |                              |   |                                |   |                                    |
|------------------------------|---|--------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> pubalgie                   | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> lésion de l'ischio-jambier | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> lésion du quadriceps       | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> entorse du genou           | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> lésion du ménisque         | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> tendinite de la cheville   | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> entorse de la cheville     | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> commotion                  | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> douleur lombaire           | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |

**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"/>	
Cardiomyopathie	<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"/>	
Syncope à répétition	<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"/>	
Transplantation cardiaque	<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"/>	
Pacemaker/Défibrillateur	<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"/>	
Noyade inexplicée	<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"/>	
Diabète	<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"/>	
Autres (arthrite, etc.)	<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

Glande thyroïde             normal             anormal  
 Nœud lymphatique/rate    normal             anormal

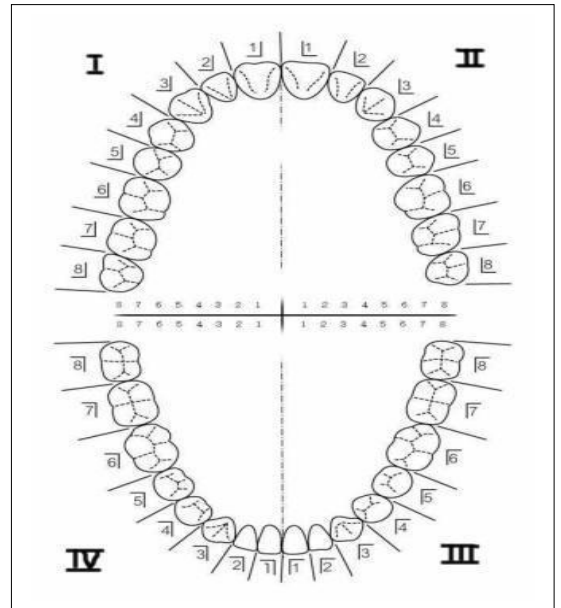
#### Examen Bucco-dentaire

Carie dentaire             Oui             Non

Le nombre de dents cariées = .....

Cochez les dents cariées sur le formule dentaire

Encerclez les dents absentes sur la formule dentaire



Hygiène bucco-dentaire :  Bonne       Insuffisante

#### Poumons

Percussion             normal             anormal

Respiration             normal             anormal

#### Abdomen

Palpation             normal             anormal

#### 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<sup>e</sup> son  
 4<sup>e</sup> 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°)  normal  anormal

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

Cheville \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

#### **4.1 ECG 12 ELECTRODES\* EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS**

\* Joindre une copie originale

- Rythme/conduction  normal  anormal, précisez :
- battements ventriculaires prématurés
  - battements supraventriculaires prématurés
  - tachycardie supraventriculaire
  - arythmie ventriculaire
  - flutter auriculaire/fibrillation
  - grande amplitude (onde delta)
  - bloc atrio-ventriculaire, précisez :
    - premier degré
    - second degré type I
    - second degré type II
    - troisième degré

Indices temporels PQ \_\_\_\_\_ ms QRS \_\_\_\_\_ ms QTc \_\_\_\_\_ ms

- Dilatation auriculaire  non  oui, gauche (partie négative de l'onde P dans V1  $\geq 0,1$ mV en amplitude et  $\geq 0,04$  s en durée)
- oui, droite (pic d'onde P dans électrodes II et III ou V1  $\geq 0,25$ mV en amplitude)

#### Dépolarisation/complexe QRS

Axe  normal  anormal ( $\geq +120^\circ$  ou  $-30^\circ$  à  $-90^\circ$ )

Voltage  normal  anormal

Hypertrophie du ventricule gauche  non  oui

Ondes Q  normal  anormal ( $>0,04$  s en durée ou  $>25\%$  en amplitude des ondes R ou QS à 2 électrodes ou plus)

- Bloc de branche  non  oui, précisez :
- gauche complet ( $>0,12$  s)
  - droit complet ( $>0,12$  s)
  - antérieur gauche incomplet
  - postérieur gauche incomplet
  - incomplet droit

Onde R  normal  onde R ou R' pathologique dans l'électrode V1  
( $\geq 0,5\text{mV}$  en amplitude + R/S ratio  $\geq 1$ )  
 autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

normal  anormal, précisez :

Électrode

I II III aVR aVL AVF v1 v2 v3 V4 V5 V6

Baisse des ondes ST

Aplatissement des ondes T

Inversion des ondes T

Repolarisation prématurée

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



## 5. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN)

\* joindre les documents signés par le laboratoire.

1. FNS avec taux de Réticulocytes,
2. Groupage Sanguin,
3. Créatinémie,
4. Glycémie à jeun .

## 6. APPAREIL LOCOMOTEUR

### 6.1 COLONNE VERTEBRALE, NIVEAU DU BASSIN ET LONGUEUR DES JAMBES

Forme de la colonne

- normal     plat  
 hypercyphose  
 hyperlordose  
 scoliose

Niveau du bassin     horizontal

plus bas à droite     plus bas à gauche

Différence de niveau malléolaire

normal     anormal

Rotation cervicale

à droite    \_\_\_\_\_°

douloureux     non     oui

à gauche    \_\_\_\_\_°

douloureux     non     oui

Souplesse rachidienne

Distance du bout des doigts au sol : \_\_\_\_\_cm

### 6.2 EXAMEN DES HANCHES, DE L'AINE ET DE LA CUISSE

Souplesse de la hanche

Flexion / Extension

droite    \_\_\_\_\_° / \_\_\_\_\_°    douloureux     non     oui

gauche    \_\_\_\_\_° / \_\_\_\_\_°    douloureux     non     oui

Rotation vers l'intérieur (flexion de 90°)

droite    \_\_\_\_\_°    douloureux     non     oui

gauche    \_\_\_\_\_°    douloureux     non     oui

**Rotation vers l'extérieur (flexion de 90°)**

droite \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Abduction**

droite \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Sensibilité à la palpation de l'aîne**

droite  non  pubis  canal inguinal  
 gauche  non  pubis  canal inguinal

**Hernie**

droite  non  oui  
 gauche  non  oui

**Muscles**

**Adducteurs**

droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux  
 gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

**Ischio-jambiers**

droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux  
 gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

**Iliopsoas**

droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux  
 gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

**Quadriceps**

droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux  
 gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

**6.3 EXAMEN DU GENOU**

**Axe de l'articulation du genou**

droit  normal  genu varum  genu valgum  
 gauche  normal  genu varum  genu valgum

**Flexion / Extension**

droite \_\_\_\_\_° / \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_° / \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

**Test de Lachman**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

**Signe de tiroir antérieur (genou à 90° de flexion)**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

**Signe de tiroir postérieur (genou à 90° de flexion)**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

**Valgus forcé, en extension**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

**Valgus forcé, 30° de flexion**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

**Varus forcé, en extension**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

**Varus forcé, 30° de flexion**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

**6.4 EXAMEN DE LA JAMBE, DE LA CHEVILLE ET DU PIED**

**Sensibilité de la cheville**

droite  non  oui  
 gauche  non  oui

**Signe de tiroir antérieur**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

**Dorsiflexion**

droite \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui  
 gauche \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

**Flexion plantaire**

droite \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui  
gauche \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

**Supination totale**

droite  normal  diminuée  accrue  
gauche  normal  diminuée  accrue

**Pronation totale**

droite  normal  diminuée  accrue  
gauche  normal  diminuée  accrue

**Articulation métatarsienne**

droite  normal  pathologique  
gauche  normal  pathologique

## 7. RESUME DE L'EVALUATION :

### Suspicion de pathologie cardiaque

non     oui, précisez : \_\_\_\_\_

### Autres pathologies

non     oui, précisez : \_\_\_\_\_

## LE (LA) JOUEUR (SE) :

NOM ET PRENOM (S) : \_\_\_\_\_

SAISON SPORTIVE : 20..... / 20.....

## APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR :

**Oui**     **Non**

## 8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom du Médecin : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_