

**FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL  
COMMISSION MÉDICALE**

**CERTIFICAT MEDICAL DE BASE  
SAISON 2013-2014**

JE, SOUSSIGNÉ, DOCTEUR EN MÉDECINE,  
NOM :  
PRÉNOMS :  
N° CONSEIL DE L'ORDRE :

CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ CE JOUR, SELON LES DIRECTIVES DE LA  
COMMISSION MÉDICALE DE LA FAF (DOSSIER MEDICAL DE BASE), LE  
JOUEUR

NOM :  
PRÉNOMS :  
NÉ LE :

ET

CERTIFIE N'AVOIR CONSTATÉ, À LA DATE DE CE JOUR, AUCUN SIGNE  
CLINIQUE OU BIOLOGIQUE, QUI CONTRE-INDIQUE LA PRATIQUE DU  
FOOTBALL

À .....

LE .....

NOM LISIBLE, SIGNATURE ET GRIFFE DU MÉDECIN

VISA ET CACHET PRÉSIDENT DU CLUB

VISA ET CACHET SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CLUB

**DOSSIER MÉDICAL DE BASE**  
**(TOUS AGES ET NIVEAUX SAUF SENIORS LNF ET LIRF)**

**JOUEUR :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

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

CLUB : \_\_\_\_\_

**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

<b>Général</b>	<b>non</b>	<b>oui, dans les 4 dernières semaines</b>		<b>oui, il y a plus de 4 semaines</b>	
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>	<b>Dans les 4 dernières semaines au repos... pendant/après l'effort</b>		<b>Il y a plus de 4 semaines 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>	<b>oui, dans les 4 dernières semaines</b>		<b>oui, il y a plus de 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"/>	

## **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"/>				
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 inexplicquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accident de voiture inexplicqué	<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"/>	

## **3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL**

Taille \_\_\_\_\_cm Poids : \_\_\_\_\_kg

Glande thyroïde  normal  anormal  
 Nœud lymphatique/rate  normal  anormal

### **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 en copie

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)

ou     oui, droite (pic d'onde P dans électrodes II et III

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 ( $\geq 0,5$  mV en amplitude + R/S ratio  $\geq 1$ )

autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)



## 6. RESUME DE L'EVALUATION

### Suspicion de pathologie cardiaque

non  oui, précisez :

---

### Autres pathologies

non  oui, précisez :

---

**APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL**  oui  non

### MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Courriel \_\_\_\_\_

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