

**FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL
COMMISSION MÉDICALE**

**CERTIFICAT MEDICAL DE BASE
SAISON 2015-2016**

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

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"/>
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"/>
	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"/>	
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"/>	

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^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°) 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)
 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° à -90°)

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 ≥ 1)
 autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

Normal anormal, précisez :

	<u>Électrode</u>												
	I	II	III	aVR	aVL	AVF	v1	v2	v3	V4	V5	V6	
Baisse des ondes ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aplatissement des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inversion des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repolarisation prématurée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Résumé de l'analyse de l'ECG normal anormal

5. RESULTATS SANGUINS (A JEUN)

Hémoglobine _____ mg/dl
Hématocrite _____ %
Érythrocytes _____ mg/dl
Thrombocytes _____ mg/dl
Leucocytes _____ mg/dl
Glucose _____ mmol/l

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 : _____