



Fédération Algérienne de Football

Ligue Régionale de Football de Blida

Ligue de Football de la Wilaya de Chlef



H

SAISON 2016 – 2017

L

Dossier Médical de Base

Entraîneur



LWF



Fédération Algérienne de Football

Ligue Régionale de Football de Blida

Ligue de Football de la Wilaya de Chlef



### Certificat Médical d'Aptitude pour Entraineur

Je soussigné, Docteur : .....

Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné Mr : .....

Né le : ..... à : Commune/Wilaya : .....

Demeurant à : .....

Commune de : ..... Wilaya : ..... CP : .....

Tél/Fax : ..... Mob : ..... E-Mail : .....

Appartenant à l'association sportive : .....

Ligue Wilaya de Football Chlef Saison sportive : 2016-2017

**Examen physique :**

Taille : .....m, Poids : .....kgs- Tours abdominal : .....cm

ATCD (Médicaux/Chirurgicaux) :

.....



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

Bras droite \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Bras gauche \_\_\_\_ / \_\_\_\_

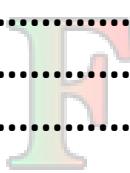


Résumé de l'examen clinique :

.....

.....

.....



**Bilan sanguin à jeun : (Obligatoire)**

Biologie

Hémoglobine



Hématocrite

Erythrocytes

Thrombocytes

Sodium

Potassium

Urée sanguine

**LWF**

Créatinémie

Cholestérol (total)

Cholestérol LDL

Cholestérol HDL

Triglycérides

Glycémie

Protéine C-réactive

Autres : .....

ECG : (Joindre une Copie originale)

Rythme/conduction :  Normal

Anormal, précisez

Battements ventriculaires prématurés

Battements supra-ventriculaire prématurés

Tachycardie supra-ventriculaire

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

QTs \_\_\_\_\_ ms

Dilatation auriculaire  Non

- Oui, gauche (partie négative de l'onde P dans V1 > 0,1mV en amplitude et > 0,04s en durée)
- Oui, droite (pic d'onde P dans électrodes II et III ou V > 0,25mV en amplitude)

### Dépolarisation/complexe QRS

Axe  Normal  Anormal (> +120° 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 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 (> 0,5mV en amplitude + R/S ratio > 1)

Autres : .....

.....

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

Normal  Anormal, précisez : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

Résumé de l'analyse de l'ESG  Normal  Anormal

Au terme de l'examen clinique, je soussigné

Dr : .....

Certifie et déclare n'avoir pas constaté à la date de ce jour, pas de troubles psychologiques et psychiatriques, pas d'autres signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de fonction d'entraîneur de football, dont certificat, sous toute réserve de modification de l'état actuel.

### Remarques :

Le certificat médical est obligatoire pour la délivrance de la licence. Tout médecin généraliste est habilité à la rédaction de ce certificat. Toutes les cases doivent être renseignées, Ne pas oublier de dater et signer le certificat.

Date de l'examen médical : .....

LWF

Nom, Prénom et Signature de Médecin