



FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL  
COMMISSION MÉDICALE FEDERALE

Photo

**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE**  
**A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR DE COMPETITION SAISON**  
**2016 - 2017**

Groupe Sanguin

Je soussigné Docteur ..... N° Conseil de l'Ordre des Médecins.....  
Atteste que le joueur Nom : ..... Prénoms : .....

Né le : ..... à .....

Fils de: ..... et de .....

A été examiné ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF, et qu'il n'a au vu de cet examen médical, aucune déficience physique constatée pouvant mettre en danger sa santé lors des compétitions organisées sous l'égide de la FAF ou de l'une de ses ligues affiliées.

Fait le ..... à .....

*Le Médecin (Nom, prénom et griffe)*

**CERTIFICAT DE CARDIOLOGIE**

Je soussigné Docteur ..... N° Conseil de l'Ordre des Médecins .....

Atteste que le joueur Nom : ..... Prénoms : .....

Né le : ..... à .....

A effectué ce jour un électrocardiogramme (ECG) douze (12) dérivations. L'interprétation de cet ECG n'a révélé aucune contre-indication à la pratique du football de compétition.

Fait le ..... à .....

*Le Médecin (Nom, prénom et griffe)*

**ENGAGEMENT DU CLUB**

Je soussigné Mr:..... agissant en qualité de Président du club :

.....

Atteste que le joueur nommé ci-dessus a bien subi les examens médicaux exigés pour la pratique du football amateur de compétition et que son dossier médical est conservé au siège du club.

Je m'engage à le soumettre à l'autorité compétente sur toute réquisition.

Fait le ..... à .....

*Le Président (Nom, prénom et griffe)*

## **DOSSIER MÉDICAL DE BASE**

**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)**

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"/>												
Aplatissement des ondes T	<input type="checkbox"/>												
Inversion des ondes T	<input type="checkbox"/>												
Repolarisation prématurée	<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 : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_