



# 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 généraliste (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 cardiologue (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)*

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

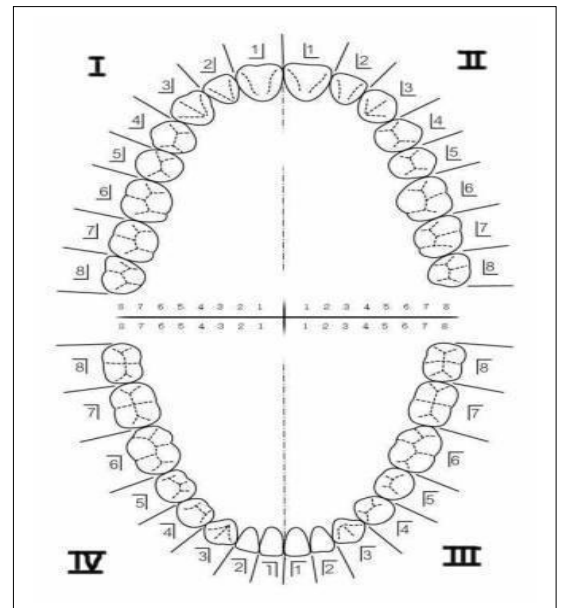
#### Examen Bucco-dentaire

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 : \_\_\_\_\_