

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



## DOSSIER MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR (2021-2022)

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 ANTECEDENTS PERSONNELS**

<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>
Hypolipidémiant	<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 BMI : /\_\_\_//\_\_\_/,/\_\_\_/\_\_\_/

**Glande thyroïde** :  normal  anormal

**Nœud lymphatique/rate**  normal  anormal

**Acuité visuelle** : OD : /\_\_\_/\_\_\_/ OG : /\_\_\_/\_\_\_/

**ORL** : **Surdité** :  Non  Oui

#### **Examen bucco-dentaire**

Nombre de dents cariées: /\_\_\_/\_\_\_/

Nombre de dents absentes: /\_\_\_/\_\_\_/

Hygiène bucco-dentaire :  Bonne  Insuffisante

#### **Poumons** :

Auscultation  normale  anormale

Percussion  normale  anormale

Si Anormal,

Précisez : .....

#### **Abdomen**

Palpation  normale  anormale

Si Anormal,

Précisez : .....

**Port d'appareil médico-chirurgical** :  Non  Oui

Si Oui,

Précisez : .....

**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°)  normale  anormale

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

##### **4.1 ECG 12 ELECTRODES**

**\* EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS**

\* Joindre une copie au contrôle

Résumé de l'analyse de l'ECG :  normal  anormal

Si Anormal, précisez : .....

.....

## **4.2 ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :**

Effectuée le : / / / / / / / / / /

Résumé de l'échocardiographie (Joindre copie du résultat au contrôle).

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

**NB :**

- L'examen échocardiographique initiale est obligatoire quel que soit l'âge des joueurs.
- Doit être Renouvelée dès l'âge de 20 ans

## **5. AUTRES PATHOLOGIES :**

Non :

Oui :

Si oui, précisez : .....  
.....  
.....

## **6. BILAN SANGUIN (A JEUN)**

\* joindre les documents signés par le laboratoire au contrôle

1. Groupe Sanguin,
2. FNS avec taux de Réticulocytes,
3. Créatinémie,
4. Glycémie à jeun.

5. Autres : .....  
.....

## 7. RESUME DE L'EVALUATION

### Suspicion de pathologie cardiaque

Non     oui, précisez : \_\_\_\_\_

### Autres pathologies

Non     oui, précisez : \_\_\_\_\_

**LE (A) JOUEUR (SE) CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2021 / 2022**

**NOM ET PRENOM :** \_\_\_\_\_

### APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR:

**Oui**     **Non**

## 8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : \_\_\_\_\_

N° inscription à l'ordre des médecins : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Structure d'exercice : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Griffes et Signature : \_\_\_\_\_



الإتحاد الجزائري لكرة القدم  
FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



Photo  
3,5 x 3,5

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE DU FOOTBALL**

**SAISON SPORTIVE: 2021 - 2022**

Je soussigné docteur en médecine : .....

Structure d'exercice : .....

Téléphone : ..... Mail : .....

Inscrit à l'ordre des médecins de la Wilaya de : ..... Sous le numéro : .....

Atteste que le (a) joueur (se) :

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Fils (le) de : ..... et de : .....

Né (e) le : ..... à : ..... Wilaya de : .....

Club : ..... ligue de : .....

A été(e) examiné(e) ce jour conformément aux directives de la commission médicale de la FAF, et qu'il (elle) n'a aucune déficience au vu du dossier médical de pré-compétition (PCMA) présenté.

Je certifie que le(a) joueur (se) sus nommé(e) ne présente aucune contre-indication à la pratique du football organisées sous l'égide de la FAF ou l'une de ses ligues affiliées.

Fait le : ..... à : .....

**Le médecin**

(Nom, prénom, griffe et signature)

**NB :** La présentation du certificat médical de non contre-indication à la pratique du football est obligatoire pour l'obtention ou le renouvellement de la licence sportive.



الإتحاد الجزائري لكرة القدم  
FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL



Photo  
3,5 x 3,5

DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES  
D'INFECTION PAR LA COVID-19  
SAISON SPORTIVE: 2021 - 2022

Par la présente je soussigné(e),

Mme/Mr : .....

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Fils (le) de : ..... et de : .....

Né (e) le : ..... à : ..... Wilaya de : .....

Club : ..... ligue de : .....

Demeurant : .....

Déclare sur l'honneur n'avoir présenté, ces dernières 72 heures, aucun des symptômes suivants :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Avez-vous de la fièvre supérieure à 38° ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ?      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des difficultés à respirer ces derniers jours ?                                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous noté une forte diminution de votre goût ou de votre odorat ces derniers jours ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous des éruptions cutanées ou engelures ces derniers jours ?                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous de la diarrhée ou vomissements ces derniers 24 heures ?                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ?                                   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou lors d'un petit effort ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été en contact d'un suspect ou confirmé de COVID-19 depuis février 2020 ?       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous consulté pour des signes en faveur de COVID-19 COVID-19 depuis février 2020 ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous fait une radiographie ou scanner thoracique COVID-19 depuis février 2020 ?      | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous été hospitalisé pour suspicion ou une maladie COVID-19 depuis février 2020 ?    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques POSITIFS de la maladie COVID-19 ?              | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

**Le joueur devra absolument consulter le médecin du club avant la signature de la licence s'il :**

- a eu la COVID-19
- a été en contact avec un malade COVID-19
- a eu une maladie chronique et n'a pas fait du sport depuis plus de trois mois
- a répondu OUI à une des questions ci-dessus

Je certifie avoir pris connaissance des risques de contamination par le coronavirus, et je m'engage à respecter des gestes barrières, d'hygiènes et de sécurité, et je confirme l'exactitude des informations contenues dans la déclaration sur l'honneur sus-citées.

Signature du joueur

Fait à : .....

Le : ..... à : ..... h ..... mn