

الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION **A**LGÉRIENNE DE **F**OOTBALL
رابطة كرة القدم المحترفة
LIGUE DU FOOTBALL PROFESSIONNEL



FOOTBALL PROFESSIONNEL
DOSSIER MÉDICAL PRÉ-COMPÉTITION « PCMA »
« **P**RE-COMPETITION **M**EDICAL **A**SSESSMENT »

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 PASSEES

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"/>

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"/>
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

Glande thyroïde normal anormal

Nœud lymphatique/rate normal anormal

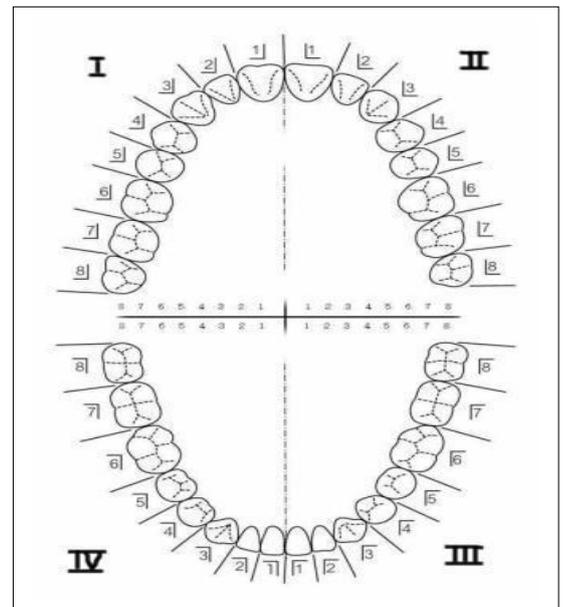
Examen Bucco-dentaire

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^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 une 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
($\geq 0,5\text{mV}$ en amplitude + R/S ratio ≥ 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

4.2 ÉCHOCARDIOGRAPHIE*

*fournir CD-Rom/DVD avec boucles

Surface corporelle (BSA) : _____ m²

Ventricule gauche

Diamètre télédiastolique _____ cm/m²
(valeurs normales : ♀ < 3,2 cm/m², ♂ < 3,1 cm/m²)

Diamètre télésystolique _____ cm/m²

Épaisseur du septum interventriculaire télédiastolique _____ cm/m²
(valeurs normales : ♀ < 0,9 cm/m², ♂ < 1,0 cm/m²)

Épaisseur diastolique de la paroi postérieure _____ cm/m²
(valeurs normales : ♀ < 0,9 cm/m², ♂ < 1,0 cm/m²)

Volume diastolique du ventricule gauche _____ ml/m²
(valeurs normales ♀ et ♂ < 75 ml/m²)

Volume systolique du ventricule gauche _____ ml/m²
(valeurs normales : ♀ et ♂ < 30 ml/m²)

MMI du ventricule gauche (masse/BSA ; méthode linéaire) _____ g/m²
(valeurs normales : ♀ < 95 g/m², ♂ < 115 g/m²)

Fonction systolique Mouvement antérieur de la valve mitrale _____ mm

Fraction de raccourcissement (endocardique) _____ %
(valeurs normales : ♀ > 27 %, ♂ > 25 %)

Fraction d'éjection (méthode de Simpson ou de la longueur de l'aire) _____ %
(valeur normale : ≥ 55%)

Mouvement régional de la paroi normal anormal

Fonction diastolique Onde E _____ cm/s

Onde A _____ cm/s

(rapport E/A) _____

Durée de décélération _____ ms

E' (Doppler tissulaire) septal _____ cm/s

paroi latérale _____ cm/s

E/E' _____

Oreillette gauche

Diamètre (mode M, grand axe parasternal) _____ cm

Aire (vue des quatre chambres) _____ cm
(valeurs normales : <20 cm²)

Volume (méthode de Simpson ou de la longueur de l'aire) _____ ml/m²
(valeurs normales : ♀ et ♂ <28ml/m²)

Oreillette droite/veine cave inférieure

Aire (vue des quatre chambres) _____ cm
(valeurs normales : <20 cm²)

Diamètre de la veine cave inférieure _____ cm

Variabilité respiratoire du diamètre de la veine cave inférieure >50% <50%

Ventricule droit

Diamètre (vue des quatre chambres) _____ cm (valeurs normales : <3,3 cm)

Longueur (vue des quatre chambres) _____ cm (valeurs normales : <7,9 cm)

Variation de surface _____ % (valeurs normales : > 32%)

Mouvement tricuspide antérieur _____ mm

Rapport systolique ventricule droit/oreillette droite _____ mmHg

Mouvement régional de la paroi normal anormal

Anévrisme local non oui

Hypertrophie non oui

Épaisseur de la paroi libre _____ cm (valeurs normales : <0,5 cm)

Valvules

Valvule aortique normal anormal

Visualisation de l'ostium coronarien impossible

possible : gauche droite

vue de petit axe parasternal

autre vue

Valvule mitrale normal anormal

Valvule tricuspide normal anormal

Valvule pulmonaire normal anormal

Précisez anormalités : _____

Diamètre de la base de l'aorte _____ cm

Aorte ascendante _____ cm

Résumé analyse de l'échocardiographie normale anormale

5. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN)

* joindre les documents signés par le laboratoire.

1. FNS avec taux de Réticulocytes,
2. Groupage Sanguin,
3. Sodium sanguin,
4. Potassium sanguin,
5. Créatinémie,
6. Cholestérol (total),
7. Cholestérol LDL,
8. Cholestérol HDL,
9. Triglycérides,
10. Glycémie à jeun,
11. Protéine C-réactive (CRP),
12. Acide Urique.

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) CITE (E) CI-DESSOUS :

NOM ET PRENOM (S) : _____

SAISON SPORTIVE : 20..... / 20.....

APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL PROFESSIONNEL

Oui **Non**

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom du Médecin : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Email : _____

Date : _____ Signature : _____