



FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL
COMMISSION MÉDICALE FÉDÉRALE

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE
A LA PRATIQUE DU FOOTBALL AMATEUR DE COMPETITION
SAISON 2017/2018

Photo

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 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"/>	
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 inexplicée	<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"/>	
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"/>	

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

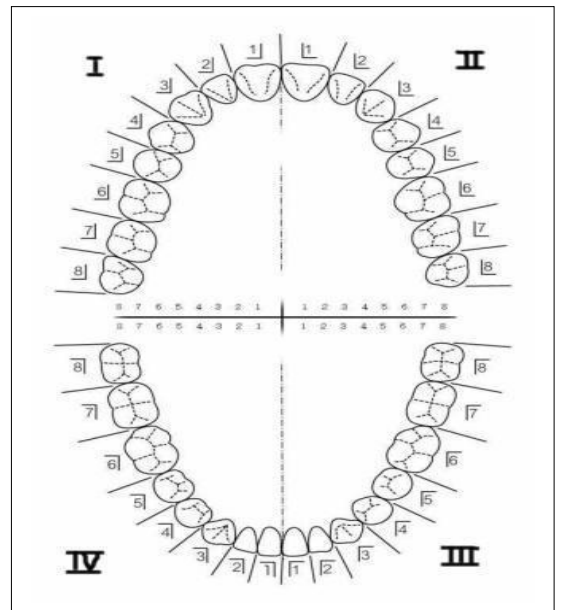
Examen Bucco-dentaire

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^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 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° 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

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	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
gauche	_____°	douloureux	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

Supination totale

droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue

Pronation totale

droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue

Articulation métatarsienne

droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologique
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> 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 : _____