



Fédération Algérienne de Football
Ligue Régionale de Football Batna



DOSSIER MÉDICAL DE BASE

(TOUS AGES TOUS NIVEAUX)

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

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"/>	<input type="checkbox"/>		
Infections (surtout virales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coups de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Commotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergie nourriture/insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergie médicaments	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffle au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profil lipidique anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crises, épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conseillé d'arrêter le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatigué plus vite que coéquipiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrhées	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
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"/>	<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"/>	

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^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 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)
 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 ($\geq 0,5$ mV en amplitude + R/S ratio ≥ 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aplatissement des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inversion des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Repolarisation prématurée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 : _____