

الإتحاد الجزائري لكرة القدم
FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL



DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

DATE DE NAISSANCE : /__ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M: F:

LIGUE : _____

1. CARACTERISTIQUES

Arbitre :

- FIFA
- CAF
- FAF
- Inter-Région
- Régionale
- Wilaya
- Autres :

Date ou l'année d'obtention du grade :

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

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"/>		
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"/>	<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"/>
	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"/>		

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"/>	

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^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°) 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

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 :

.....

ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : /__/_/ __/_/_/ __/_/_/_/_/

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

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

NB :

- L'EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUE INITIALE EST OBLIGATOIRE QUEL QUE SOIT L'AGE DE L'ARBITRE.
- DOIT ETRE RENOUELEE DES L'AGE DE 20 ANS

5. ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT):

Dernier Test d'Effort Effectuée le : /__/_/ __/_/_/ __/_/_/_/_/

Résumé de l'épreuve d'Effort (Joindre une copie du tracé de l'Epreuve d'Effort).

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

NB : l'ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT) EST DEMANDE APRES L'AGE DE 35 ANS, RENOUELE CHAQUE DEUX ANS.

6. AUTRES PATHOLOGIES :

Non :

Oui :

Si oui, précisez :

.....

.....

7. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN) : * joindre les documents signés par le laboratoire.

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

8. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

Non oui, précisez : _____

Autres pathologies

Non oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2019/2020

NOM ET PRENOMS : _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

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 : _____ Griffe et Signature : _____