

**COMMUNIQUE DE LA**  
**COMMISSION MEDICALE DE LA**  
**LFWET CONCERNANT LES**  
**DOSSIERS MEDICAUX**  
**DES ARBITRES : Saison :**  
**2022-2023**

Pour la saison sportive 2022-2023, la procédure relative aux dossiers médicaux des Arbitres et arbitres assistants est comme suit:

1. **Pour les anciens arbitres ayant déjà un dossier PCMA au niveau de la LFW :**
  - Résumé de l'examen clinique de l'arbitre,
  - ECG de moins de 3 mois,
  - Bilan biologique complet : **FNS, Glycémie, Créatinine sanguin, Ionogramme sanguin, Cholestérol total, HDL, LDL, Triglycérides, CRP, acide urique.**
  - Epreuve d'effort pour les arbitres âgés de plus de 35 ans et n'ayant pas Effectué l'épreuve d'effort l'année dernière (2021).
  
2. **Pour les nouveaux arbitres n'ayant pas de dossier PCMA au niveau de la ligue:**
  - Dossier PCMA de l'arbitre,
  - ECG de moins de 3 mois,
  - Bilan biologique complet : **FNS , Glycémie , Créatinine sanguine , Ionogramme sanguin , Cholestérol total , HDL , LDL , Triglycérides , CRP , acideurique.**
  - Echocardiographie.

.

الاتحاد الجزائري لكرة القدم  
**F**ÉDÉRATION **A**LGÉRIENNE DE  
**F**OOTBALL



## 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 PASSEES**

<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"/>

**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 _____		

### 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

#### **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 RENOUVELEE DES L'AGE DE 20 ANS

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

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

Résumé de l'preuve 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, RENOUVELE 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 : 2022 / 2023

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

