# إلتحادالجزائــــريلكرةالقدم

### **F**ÉDÉRATION**A**LGÉRIENNEDE**F**OOTBALL



**DOSSIERMEDICALDEL’ARBITRE**

NOM: PRENOM(S):

DATEDENAISSANCE: / / // / // / / / /(JOUR/MOIS/ANNEE)

SEXE: **M: F:**

LIGUE:

#### CARACTERISTIQUES

Arbitre:

* FIFA
* CAF
* FAF
* Inter-Région
* Régionale
* Wilaya
* Autres :……………………………………………………………………………………….……………………

Dateoul’annéed’obtentiondu grade:………………………………………………………………………………….……….

**NOM ETPRENOM**: SAISONSPORTIVE:**2022/2023**

1. **ANTECEDENTS MEDICAUX:PATHOLOGIESACTUELLESETPASSEES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Général** | **Non** | | | **Oui,dansles**  **4dernièressemaines** | | | | | | | **Oui, il y a plus de4semaines** | | | | | | |
| Symptômesdelagrippe |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Infections(surtoutvirales) |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Fièvrerhumatismale |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Coups dechaleur |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Commotion |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Allergienourriture/insectes |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Allergiemédicaments |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| **Cœuretpoumon** | **Non** | | | **Dans les 4 dernièressemaines**  au repos / pendantaprèsl’effort | | | | | | | **Ilya plus de 4semaines**  au repos / pendantaprèsl’effort | | | | | | |
| Douleur ou oppressionthoracique |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Essoufflement |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Souffle court |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Asthme |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Toux |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Bronchite |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Palpitations |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Arythmie cardiaque |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Autres problèmescardiaques |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Vertiges |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Syncopes |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
|  | **Non** | | | **Oui,dansles**  **4dernièressemaines** | | | | | | | **Oui, il y a plus de4semaines** | | | | | | |
| Hypertension |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Souffleaucœur |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Profillipidiqueanormal |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Crises,épilepsie |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Conseilléd’arrêterlesport |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Fatigué plus vite quecoéquipiers |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |
| Diarrhées |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | |

**NOM ETPRENOM**: SAISONSPORTIVE:**2022/2023**

**ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DEMOINSDE65ANS)**

###### non père mère frère/sœur autre

Mort subite

Maladie coronarienneHypertension

Syncope à répétition

Mortsubite(infantile)

Cardiomyopathie

Arythmiecardiaque

Chirurgie cardiaqueSyndromedeMarfan

Noyadeinexpliquée

Pacemaker/Défibrillateur

Transplantationcardiaque

Accidentdevoitureinexpliqué

AVC

Diabète

Cancer

Autres (arthrite,etc.)

**PRESCRIPTIONMEDICALECOURANTE DECES12DERNIERSMOIS**

###### non oui

Médicaments contre l’asthmeHypolipidémiant

Antidiabétique

Anti-inflammatoires nonstéroïdiens

Médicamentcontrel’hypertension

Psychotrope

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autres |  |  |

**NOM ETPRENOM**: SAISONSPORTIVE:**2022/2023**

#### EXAMENPHYSIQUEGENERAL

**Taille:**/ \_/ \_/ /**cm Poids:** / \_/ \_/ /**kg BMI:**/ // /,/ / /

###### Glandethyroïde:

**Nœudlymphatique/rate**

normalnormal

anormalanormal

**Acuitévisuelle**:**OD**:/ \_/ / **OG:**/ / /

**ORL**:**Surdité**: Non Oui

###### Examenbucco-dentaire

Nombrede dentscariées**:**/ //Nombrededentsabsentes**:**/ / /

Hygiènebucco-dentaire**:** Bonne Insuffisante

###### Poumons:

AuscultationPercussionSiAnormal,

normalenormale

anormaleanormale

Précisez : ………………………………………………………………………………………………

###### Abdomen

Palpation

SiAnormal,

normale

anormale

Précisez : …………………………………………………………………………………………………

**Portd’appareilmédico-chirurgical**: Non OuiSiOui,

Précisez : …………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..

###### SymptômesdusyndromedeMarfan: Non

Oui : précisez: …………………………………………………………………………………………………………………………….………

Déformationduthorax

Long bras et longues jambesPiedsplats

Scoliose

Dislocationducristallin

Autre

**NOM ETPRENOM**: SAISONSPORTIVE:**2022/2023**

#### SYSTEMECARDIOVASCULAIRE

Rythme normal arythmique

Son

normal

anormal, précisez :dédoublementparadoxal

3e son4eson

Souffle

non

oui,précisez:

SystoliqueŔintensité//6Diastolique Ŕ intensité / /6Claquements

Changements durant la manœuvre de ValsalvaChangementsaprèss’êtrelevébrusquement

Œdèmepériphérique

non

oui

Veine jugulaire (positionà45°)

normale

anormale

Refluxhépato-jugulaire

non

oui

###### Vaisseauxsanguins

Poulspériphérique palpable nonpalpable

Bruitsvasculaires

non

oui

Varices

non

oui

**Poulsaprès5minutes derepos:** / ////min

###### Pressionartérielleenpositionallongéesurledosaprès5minutes de repos

Brasdroit: / / / / **/** /\_ / \_/ / mmHgBrasgauche / / / /**/**/ / / /mmHg

**ECG12ELECTRODES**

**\*ENPOSITION ALLONGEESURLEDOS APRES5MINUTESDEREPOS**

**\*Joindreunecopieau contrôle**

**Résumédel’analysedel’ECG:** normal anormal

Si Anormal,précisez:………………………………..…………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………...

**NOM ETPRENOM**: SAISONSPORTIVE:**2022/2023**

**ECHOCARDIOGRAPHIEINITIALE:**

Effectuéele :/ // / // /////

Résumédel’échocardiographie(Joindrecopiedurésultataucontrôle).

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

###### NB:

**-**L’EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUEINITIALE ESTOBLIGATOIREQUELQUE SOITL’AGE DEL’ARBITRE.

- DOITETRERENOUVELEEDESL’AGEDE20ANS

1. **ECGDESTRESS(TESTD’EFFORT):**

DernierTestd’EffortEffectuéele:/// / // /////

Résuméde l’preuve d’Effort(Joindreune copiedutracéde l’Epreuve d’Effort).

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

**NB:**l’ECGDESTRESS(TESTD’EFFORT) EST DEMANDE APRES L’AGEDE35ANS, RENOUVELECHAQUEDEUX ANS.

## AUTRESPATHOLOGIES:

###### Non: Oui:

**Si oui, précisez** :………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

1. **BILANBIOLOGIQUE(AJEUN) :**\*joindrelesdocumentssignésparlelaboratoire.
   1. GroupageSanguin,
   2. FNS,
   3. Sodiumsanguin,
   4. Potassiumsanguin,
   5. Créatinémie,
   6. Cholestérol(total),
   7. CholestérolLDL,
   8. CholestérolHDL,
   9. Triglycérides,
   10. Glycémieàjeun,
   11. ProtéineC-réactive (CRP),
   12. Acide Urique.
2. **RESUMEDEL’EVALUATION**

###### Suspiciondepathologiecardiaque

Non oui, précisez:

###### Autrespathologies

Non oui, précisez:

**L’ARBITRECITE(E)CI-DESSOUS:SAISONSPORTIVE:2021/2022**

**NOMETPRENOMS:**

**APTEALAPRATIQUEDE L’ARBITRAGE:**

**Oui Non**

**8. MEDECINEXAMINATEURETINSTITUTION**

NometPrénomdu Médecin: -

N°inscriptionàl’ordredesmédecins: / / / / / \_/

Structured’exercice:

Téléphone: Email:

Date: Griffe etSignature: