

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 :**

**2.1 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"/>   |                          |                          |

**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"/> | <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 inexplicquée             | <input type="checkbox"/> <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"/> | <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"/> |                          |

**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"/> |
| 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<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

##### **4.1 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 : .....

.....

## **4.2 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'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, 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 : \_\_\_\_\_ Griffes et Signature : \_\_\_\_\_