

الإتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGÉRIENNE DE FOOTBALL  
الرابطة الوطنية لكرة القدم داخل القاعة

LIGUE NATIONALE DE FOOTBALL EN SALLE



# FUTSAL

## DOSSIER MÉDICAL PRÉ-COMPÉTITION « PCMA » « PRE-COMPETITION MEDICAL ASSESSMENT »

JOUEUR (SE):

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM (S) : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M:  F:

CLUB : \_\_\_\_\_

LIGUE : \_\_\_\_\_

### 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 PASSEES

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"/>
<b>Cœur et poumon</b>	<b>non</b>	Dans les 4 dernières semaines <b>au repos... pendant/après l'effort</b>	Il y a plus de 4 semaines <b>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"/>
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"/>
	<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"/>

### Appareil locomoteur

**Blessures graves** conduisant à plus de quatre semaines de ralentissement ou d'arrêt :

- |                              |     |   |                       |
|------------------------------|-----|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> non | oui | <input type="checkbox"/> adducteurs               | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> quadriceps               | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ischio-jambiers          | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ligaments du genou       | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ligaments de la cheville | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ | quand ? _____ (année) |

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : \_\_\_\_\_

### **Opérations sur l'appareil locomoteur :**

- |                              |     |   |                       |
|------------------------------|-----|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> non | oui | <input type="checkbox"/> hanche                         | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> aine (pubalgie)                | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ligaments du genou             | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> ménisque ou cartilage du genou | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> tendon d'Achille               | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> cheville                       | quand ? _____ (année) |
|                              |     | <input type="checkbox"/> autres opérations              | quand ? _____ (année) |

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : \_\_\_\_\_

### **Gènes ou douleurs récurrentes :**

non  oui (spécifier **partie du corps**)

- |  |                                     |   |  |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> tête/visage         | <input type="checkbox"/> épaule     | droite-gauche   |  |
| <input type="checkbox"/> nuque               | <input type="checkbox"/> bras       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hanche          |  |
| <input type="checkbox"/> vertèbre thoracique |                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> aine            |  |
| <input type="checkbox"/> vertèbre lombaire   | <input type="checkbox"/> avant-bras | <input type="checkbox"/> coude                                    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cuisse |
| <input type="checkbox"/> sternum/côtes       | <input type="checkbox"/> poignet    | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> genou           |  |
| <input type="checkbox"/> abdomen             | <input type="checkbox"/> main       | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> basse jambe     |  |
| <input type="checkbox"/> bassin/sacrum       | <input type="checkbox"/> doigts     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tend. d'Achille |  |
|  |                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cheville        |  |
|  |                                     | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pied/orteil     |  |

### **Diagnostic et traitement :**

- |                              |   |                                |   |                                    |
|------------------------------|---|--------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> pubalgie                   | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> lésion de l'ischio-jambier | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> lésion du quadriceps       | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> entorse du genou           | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> lésion du ménisque         | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> tendinite de la cheville   | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> entorse de la cheville     | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> commotion                  | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |
|                              | <input type="checkbox"/> douleur lombaire           | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> chirurgie |

**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

Glande thyroïde       normal       anormal

Nœud lymphatique/rate       normal       anormal

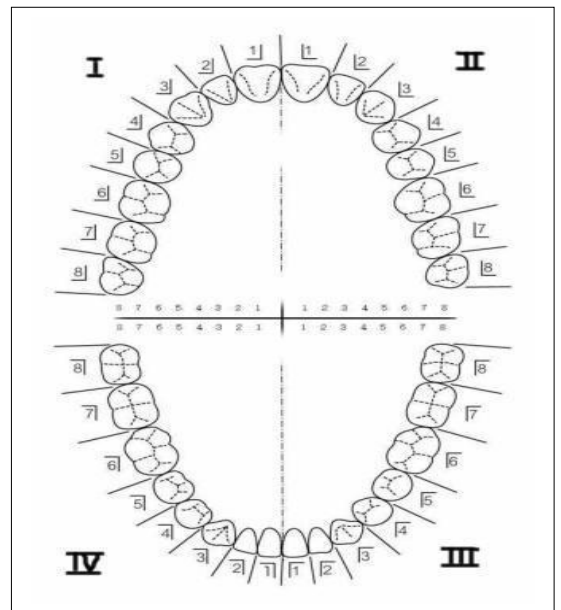
#### Examen Bucco-dentaire

Carie dentaire       Oui       Non

Le nombre de dents cariées = .....

Cochez les dents cariées sur le formule dentaire

Encerclez les dents absentes sur la formule dentaire



Hygiène bucco-dentaire :  Bonne       Insuffisante

#### 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<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°)  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 une copie obligatoire

- 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 ≥ 0,1mV en amplitude et ≥ 0,04 s en durée)
- oui, droite (pic d'onde P dans électrodes II et III ou V1 ≥ 0,25mV en amplitude)

#### Dépolarisation/complexe QRS

- Axe                     normal     anormal (≥ +120° 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  
( $\geq 0,5\text{mV}$  en amplitude + R/S ratio  $\geq 1$ )  
 autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

normal  anormal, précisez :

Électrode

I II III aVR aVL AVF v1 v2 v3 V4 V5 V6

Baisse des ondes ST

Aplatissement des ondes T

Inversion des ondes T

Repolarisation prématurée

**Résumé de l'analyse de l'ECG :**  normal  anormal



## **4.2 ÉCHOCARDIOGRAPHIE INITIALE\***

\*fournir CD-Rom/DVD avec boucles

Surface corporelle (BSA) : \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

### **Ventricule gauche**

**Diamètre télédiastolique** \_\_\_\_\_ cm/m<sup>2</sup>  
(valeurs normales : ♀ < 3,2 cm/m<sup>2</sup>, ♂ < 3,1 cm/m<sup>2</sup>)

**Diamètre télésystolique** \_\_\_\_\_ cm/m<sup>2</sup>

**Épaisseur du septum interventriculaire télédiastolique** \_\_\_\_\_ cm/m<sup>2</sup>  
(valeurs normales : ♀ < 0,9 cm/m<sup>2</sup>, ♂ < 1,0 cm/m<sup>2</sup>)

**Épaisseur diastolique de la paroi postérieure** \_\_\_\_\_ cm/m<sup>2</sup>  
(valeurs normales : ♀ < 0,9 cm/m<sup>2</sup>, ♂ < 1,0 cm/m<sup>2</sup>)

**Volume diastolique du ventricule gauche** \_\_\_\_\_ ml/m<sup>2</sup>  
(valeurs normales ♀ et ♂ < 75 ml/m<sup>2</sup>)

**Volume systolique du ventricule gauche** \_\_\_\_\_ ml/m<sup>2</sup>  
(valeurs normales : ♀ et ♂ < 30 ml/m<sup>2</sup>)

**MMI du ventricule gauche** (masse/BSA ; méthode linéaire) \_\_\_\_\_ g/m<sup>2</sup>  
(valeurs normales : ♀ < 95 g/m<sup>2</sup>, ♂ < 115 g/m<sup>2</sup>)

**Fonction systolique** Mouvement antérieur de la valve mitrale \_\_\_\_\_ mm

**Fraction de raccourcissement** (endocardique) \_\_\_\_\_ %  
(valeurs normales : ♀ > 27 %, ♂ > 25 %)

**Fraction d'éjection** (méthode de Simpson ou de la longueur de l'aire) \_\_\_\_\_ %  
(valeur normale : ≥ 55%)

**Mouvement régional de la paroi**  normal  anormal

**Fonction diastolique** Onde E \_\_\_\_\_ cm/s

Onde A \_\_\_\_\_ cm/s

(rapport E/A) \_\_\_\_\_

Durée de décélération \_\_\_\_\_ ms

E' (Doppler tissulaire) septal \_\_\_\_\_ cm/s

paroi latérale \_\_\_\_\_ cm/s

E/E' \_\_\_\_\_

**Oreillette gauche**

**Diamètre** (mode M, grand axe parasternal) \_\_\_\_\_ cm

**Aire** (vue des quatre chambres) \_\_\_\_\_ cm  
(valeurs normales : <20 cm<sup>2</sup>)

**Volume** (méthode de Simpson ou de la longueur de l'aire) \_\_\_\_\_ ml/m<sup>2</sup>  
(valeurs normales : ♀ et ♂ <28ml/m<sup>2</sup>)

**Oreillette droite/veine cave inférieure**

**Aire** (vue des quatre chambres) \_\_\_\_\_ cm  
(valeurs normales : <20 cm<sup>2</sup>)

**Diamètre de la veine cave inférieure** \_\_\_\_\_ cm

**Variabilité respiratoire du diamètre de la veine cave inférieure**  >50%  <50%

**Ventricule droit**

**Diamètre** (vue des quatre chambres) \_\_\_\_\_ cm (valeurs normales : <3,3 cm)

**Longueur** (vue des quatre chambres) \_\_\_\_\_ cm (valeurs normales : <7,9 cm)

**Variation de surface** \_\_\_\_\_ % (valeurs normales : > 32%)

**Mouvement tricuspide antérieur** \_\_\_\_\_ mm

**Rapport systolique ventricule droit/oreillette droite** \_\_\_\_\_ mmHg

**Mouvement régional de la paroi**  normal  anormal

**Anévrisme local**  non  oui

**Hypertrophie**  non  oui

**Épaisseur de la paroi libre** \_\_\_\_\_ cm (valeurs normales : <0,5 cm)

**Valvules**

**Valvule aortique**  normal  anormal

**Visualisation de l'ostium coronarien**  impossible

possible :  gauche  droite

vue de petit axe parasternal

autre vue

**Valvule mitrale**  normal  anormal

**Valvule tricuspide**  normal  anormal

**Valvule pulmonaire**  normal  anormal

Précisez anormalités : \_\_\_\_\_

**Diamètre de la base de l'aorte** \_\_\_\_\_ cm

**Aorte ascendante** \_\_\_\_\_ cm

**Résumé analyse de l'échocardiographie**  normale  anormale

Nom & Prénom du (de la) Joueur (se) : ..... Saison: 20...../20.....

### **4.3 EPREUVE D'EFFORT (OBLIGATOIRE POUR LES JOUEURS DE 30 ANS ET PLUS)**

\* Joindre une copie du tracé obligatoire

Poids: \_\_\_\_\_ kg    Taille: \_\_\_\_\_ cm

Charge Cible: \_\_\_\_\_ Watt/METs

Fréquence Cardiaque Cible: \_\_\_\_\_/min

systBPxmaxHR Minimum: \_\_\_\_\_

systBPxmaxHR Maximum: \_\_\_\_\_

DP-Factor: \_\_\_\_\_

<b>Temps</b>	<b>Charge</b>	<b>Fréquence Cardiaque</b>	<b>Pression arteriole</b>	<b>Segment ST</b>	<b>Arythmie</b>	<b>Symptômes</b>
mm:ss	Watt/METs	battements/min	mmHg	préciser	préciser	préciser
00:00						
01:00						
02:00						
03:00						
04:00						
05:00						
06:00						
07:00						
08:00						
09:00						
10:00						
11:00						
12:00						
13:00						
14:00						
15:00						



## 5. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN)

\* joindre les documents signés par le laboratoire.

### 1. FNS avec taux de Réticulocytes :

- GB : ..... x10<sup>3</sup>  $\mu$ L
- GR : ..... x10<sup>6</sup>  $\mu$ L
- Hb : ..... g/dL
- Ht<sup>e</sup> : ..... %
- VGM: ..... fL
- TGMH : ..... pg
- CCMH: ..... g/dL
- Plaquettes : ..... x10<sup>3</sup> / $\mu$ L
- Réticulocytes : ..... /mm<sup>3</sup>
- % des Réticulocytes : ..... %

#### FNS les valeurs usuelles

- GB : 4,00 à 10,00 x 10<sup>3</sup>  $\mu$ l
- GR : 3,50 à 5,50 x 10<sup>6</sup>  $\mu$ l
- Hb : 11,0 à 16,00 g/dl
- Ht<sup>e</sup> : 36,0 à 54,0 %
- VGM : 80,0 à 100,0 fl
- TGMH : 27,0 à 34,0 pg
- CCMH : 32,0 à 36,0 g/dl
- Plaquettes : 150 à 400 x 10<sup>3</sup>  $\mu$ l
- Réticulocytes : 25000 à 100 000/mm<sup>3</sup>
- % de Réticulocytes : 0,5 à 2 %

- 2. Sodium sanguin : ..... mEq/l ..... mmol/l
- 3. Potassium sanguin: ..... mEq/l ..... mmol/l
- 4. Créatininémie : ..... g/l ..... mmol/l
- 5. Urée sanguine: ..... g/l ..... mmol/l
- 6. Cholestérol Total: ..... g/l ..... mmol/l
- 7. Cholestérol LDL: ..... g/l ..... mmol/l
- 8. Cholestérol HDL: ..... g/l ..... mmol/l
- 9. Triglycérides: ..... g/l ..... mmol/l
- 10. Glycémie à jeun: ..... g/l ..... mmol/l
- 11. Protéine C-réactive (CRP) : ..... mg/l
- 12. Acide Urique: ..... mg/l .....  $\mu$ mol/l
- 13. Autres : .....

## 6. APPAREIL LOCOMOTEUR

### 6.1 COLONNE VERTEBRALE, NIVEAU DU BASSIN ET LONGUEUR DES JAMBES

Forme de la colonne

- normal     plat
- hypercyphose
- hyperlordose
- scoliose

Niveau du bassin     horizontal

plus bas à droite     plus bas à gauche

Différence de niveau malléolaire

normal     anormal

Rotation cervicale

à droite ..... °

douloureux     non     oui

à gauche ..... °

douloureux     non     oui

Souplesse rachidienne

Distance du bout des doigts au sol : ..... cm

## **6.2 EXAMEN DES HANCHES, DE L'AINE ET DE LA CUISSE**

### **Souplesse de la hanche**

#### **Flexion / Extension**

droite \_\_\_\_\_° / \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_° / \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

#### **Rotation vers l'intérieur (flexion de 90°)**

droite \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

#### **Rotation vers l'extérieur (flexion de 90°)**

droite \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

#### **Abduction**

droite \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

#### **Sensibilité à la palpation de l'aine**

droite  non  pubis  canal inguinal

gauche  non  pubis  canal inguinal

#### **Hernie**

droite  non  oui

gauche  non  oui

### **Muscles**

#### **Adducteurs**

droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

#### **Ischio-jambiers**

droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

#### **Iliopsoas**

droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

#### **Quadriceps**

droite  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

gauche  normal  anormal, précisez :  raccourci  douloureux

### **6.3 EXAMEN DU GENOU**

#### **Axe de l'articulation du genou**

droit  normal  genu varum  genu valgum  
 gauche  normal  genu varum  genu valgum

#### **Flexion / Extension**

droite \_\_\_\_\_° / \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui  
 gauche \_\_\_\_\_° / \_\_\_\_\_° douloureux  non  oui

#### **Test de Lachman**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

#### **Signe de tiroir antérieur (genou à 90° de flexion)**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

#### **Signe de tiroir postérieur (genou à 90° de flexion)**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

#### **Valgus forcé, en extension**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

#### **Valgus forcé, 30° de flexion**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

#### **Varus forcé, en extension**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

#### **Varus forcé, 30° de flexion**

droite  normal  +  ++  +++  
 gauche  normal  +  ++  +++

## **6.4 EXAMEN DE LA JAMBE, DE LA CHEVILLE ET DU PIED**

### **Sensibilité de la cheville**

droite  non  oui  
gauche  non  oui

### **Signe de tiroir antérieur**

droite  normal  +  ++  +++  
gauche  normal  +  ++  +++

### **Dorsiflexion**

droite \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui  
gauche \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

### **Flexion plantaire**

droite \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui  
gauche \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

### **Supination totale**

droite  normal  diminuée  accrue  
gauche  normal  diminuée  accrue

### **Pronation totale**

droite  normal  diminuée  accrue  
gauche  normal  diminuée  accrue

### **Articulation métatarsienne**

droite  normal  pathologique  
gauche  normal  pathologique



## 7. RESUME DE L'EVALUATION :

### Suspicion de pathologie cardiaque

Non     Oui, précisez : .....

### Autres pathologies

Non     Oui, précisez : .....

### LE (LA) JOUEUR (SE) CITE (E) CI-DESSOUS :

NOM ET PRENOM (S) : .....

SAISON SPORTIVE : 20..... / 20.....

### APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL EN SALLE

**Oui**                       **Non**

## 8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom du Médecin : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : ..... Fax : .....

Email : .....

Date : ..... Signature : .....