



## FIFA EXAMEN MEDICAL PRE-COMPETITION (PCMA)

### JOUEUSE:

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

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

ÉQUIPE NATIONALE : \_\_\_\_\_

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

PAYS DU CLUB : \_\_\_\_\_

## 1. ANTECEDENTS DE COMPETITION

Poste  gardien de but  défenseur  
 milieu  attaquant

Jambe dominante  gauche  droite  les deux

Nombre de matches disputés au cours des 12 derniers mois \_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTS MEDICAUX

### 2.1 TROUBLES PRESENTS ET PASSES

<b>Généraux</b>	<b>non</b>	<b>oui, au cours des 4 dernières semaines</b>		<b>oui, avant les 4 dernières semaines</b>	
Symptômes grippaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infections (notam. virales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fièvre rhumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Coup de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Commotion cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Dysménorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Amenorrhoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Allergies aux aliments, aux insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Allergies médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<b>Cœur et poumons</b>	<b>non</b>	<b>4 dernières semaines au repos pendant/après l'effort</b>		<b>avant 4 semaines au repos pendant/après l'effort</b>	
Angine ou oppression thoracique	<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"/>
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 / Arythmies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>non</b>	<b>oui, au cours des 4 dernières semaines</b>		<b>oui, avant les 4 dernières semaines</b>	
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Souffle cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bilan lipidique anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Crises, épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Conseil d'arrêter le sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Fatigue plus rapide que les coéquipiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La joueuse est-elle enceinte?

non

oui

depuis quand? .....

### Systeme musculo-squelettique

**Lésion grave** ayant entraîné plus de quatre semaines de réduction ou d'interruption de l'activité de jeu/entraînement:

<input type="checkbox"/> non	droite-gauche		dernière apparition
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> claquage à l'aine	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> claquage du quadriceps crural	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> claquage des ischio-jambiers	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lésion ligamentaire du genou	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lésion ligamentaire de la cheville	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	autres, préciser s.v.p.: _____	quand ? _____ (année)

Pour les autres lésions, indiquer le diagnostic: \_\_\_\_\_

### **Opérations du système musculo-squelettique**

<input type="checkbox"/> non	droite-gauche		dernière opération
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hanche	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aine (pour cause de pubalgie)	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ligaments du genou	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ménisque ou cartilage du genou	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tendon d'Achille	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cheville	quand ? _____ (année)
	<input type="checkbox"/>	autres opérations	quand ? _____ (année)

Pour les autres opérations, indiquer le diagnostic: \_\_\_\_\_

### **Troubles et douleurs actuels:**

non

oui, veuillez préciser la **partie du corps**

<input type="checkbox"/> tête/visage	<input type="checkbox"/> épaule	droite-gauche	
<input type="checkbox"/> rachis cervical	<input type="checkbox"/> bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hanche
<input type="checkbox"/> rachis thoracique	<input type="checkbox"/> coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aine
<input type="checkbox"/> rachis lombaire	<input type="checkbox"/> avant-bras	<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"/> jambe
<input type="checkbox"/> pelvis / sacrum	<input type="checkbox"/> doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tendon d'Achille
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cheville
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pied, orteils

### **Diagnostics et traitement actuels:**

<input type="checkbox"/> non	droite		gauche		<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> opération			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> opération
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> repos	<input type="checkbox"/> physiothérapie	<input type="checkbox"/> opération

- |                          |                          |                        |                          |       |                          |                |                          |           |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | entorse du genou       | <input type="checkbox"/> | repos | <input type="checkbox"/> | physiothérapie | <input type="checkbox"/> | opération |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lésion du ménisque     | <input type="checkbox"/> | repos | <input type="checkbox"/> | physiothérapie | <input type="checkbox"/> | opération |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tendinose d'Achille    | <input type="checkbox"/> | repos | <input type="checkbox"/> | physiothérapie | <input type="checkbox"/> | opération |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | entorse de la cheville | <input type="checkbox"/> | repos | <input type="checkbox"/> | physiothérapie | <input type="checkbox"/> | opération |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | commotion cérébrale    | <input type="checkbox"/> | repos | <input type="checkbox"/> | physiothérapie | <input type="checkbox"/> | opération |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lombalgie              | <input type="checkbox"/> | repos | <input type="checkbox"/> | physiothérapie | <input type="checkbox"/> | opération |

## 2.2 ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES < 55 ANS, FEMMES < 65 ANS)

	non	père	mère	frère/sœur	autre
Mort cardiaque subite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mort subite du nourrisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie 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"/>
Syncopes récurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arythmies	<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"/>
Opération du cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimulateur/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"/>

## 2.3 MEDICATION DE ROUTINE AU COURS DES 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"/>
Antihypertenseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypolipémiants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contraception hormonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments psychotropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La joueuse a-t-elle recours à des méthodes hormonales pour supprimer ou retarder les menstruations pendant les compétitions importantes?

non

oui

depuis quand?.....

### 3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille \_\_\_\_\_ cm/\_\_\_\_\_ pouces Poids : \_\_\_\_\_kg/\_\_\_\_\_ livres

Glande thyroïde  sans anomalie  anomalie  
Ganglions lymphatiques/rate  sans anomalie  anomalie

#### Poumons

Percussion  sans anomalie  anomalie

Bruits respiratoires  sans anomalie  anomalie

#### Abdomen

Palpation  sans anomalie  anomalie

#### Critères de Marfan

- non  oui, préciser s.v.p.:
- déformation thoracique
  - longs bras et jambes
  - pieds plats
  - scoliose
  - luxation du cristallin
  - autre : \_\_\_\_\_

### 4. RÉSULTATS SANGUINS (À JEÛN)

Hémoglobine	_____ mg/dl
Hématocrite	_____ %
Érythrocytes	_____ mg/dl
Thrombocytes	_____ mg/dl
Leucocytes	_____ mg/dl
MCV	_____ fl
MCHC	_____ g/dL
Sodium	_____ mmol/l
Potassium	_____ mmol/l
Calcium	_____ mmol/L
Phosphore	_____ mmol/l
Créatinine	_____ µmol/l
Cholestérol (total)	_____ mmol/l

LDL cholestérol \_\_\_\_\_ mmol/l  
HDL cholestérol \_\_\_\_\_ mmol/l  
Triglycérides \_\_\_\_\_ mmol/l  
Glucose \_\_\_\_\_ mmol/l  
Protéine C-réactive \_\_\_\_\_ mg/l  
Ferritine \_\_\_\_\_ ng/mL

## 5. SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

Rythme  sans anomalie  arythmie

Bruits cardiaques  sans anomalie  anomalie, préciser s.v.p. :  
 dédoublement  
 dédoublement paradoxal  
 3<sup>e</sup> bruit cardiaque  
 4<sup>e</sup> bruit cardiaque

Souffles cardiaques  non  oui, préciser s.v.p. :  
 systolique – intensité : \_\_\_\_/6  
 diastolique – intensité : \_\_\_\_/6  
 clics  
 changements pendant la manœuvre de

Valsalva  changements après un lever brusque

Œdème périphérique  non  oui

Veines jugulaires (position 45°)  sans anomalie  anomalie

Reflux hépato-jugulaire  non  oui

### Vaisseaux sanguins

Pouls périphériques  palpables  non palpables

Pouls fémoraux retardés  non  oui

Bruits vasculaires  non  oui

Varices  non  oui

### Fréquence cardiaque après 5 minutes de repos

\_\_\_\_\_/min

## Pression artérielle en position couchée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit                    \_\_\_ / \_\_\_ mmHg

Bras gauche                \_\_\_ / \_\_\_ mmHg

Cheville                    \_\_\_ / \_\_\_ mmHg

## 5.1 ECG 12 PISTES\* AU REPOS EN POSITION COUCHEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES

**DE REPOS** \* Veuillez joindre une copie

Fréquence cardiaque    \_\_\_\_\_ /min

Rythme/Conduction :  sans anomalie     anomalie, préciser s.v.p. :

- battements ventriculaires prématurés
- battements supraventriculaires prématurés
- tachycardie supraventriculaire
- arythmie ventriculaire
- flutter auriculaire/fibrillation
- onde delta
- bloc auriculo-ventriculaire, préciser s.v.p. :
  - premier degré
  - second degré type I
  - second degré type II
  - troisième degré

Indices temporels      PQ \_\_\_\_\_ ms  
                                  QRS \_\_\_\_\_ ms                    (plus ample en V1, V2)  
                                  QTc \_\_\_\_\_ ms

Dilatation auriculaire  non     oui, gauche (partie négative de l'onde P en  $V1 \geq 0.1\text{mV}$  en profondeur et  $\geq 0.04\text{ s}$  en durée)  
 oui, droite (pic d'onde P en pistes II et III ou  $V1 \geq 0,25\text{mV}$  en amplitude)

### Dépolarisation / complexe QRS

Axe                     sans anomalie     anomalie ( $\geq +120^\circ$  ou  $-30^\circ$  à  $-90^\circ$ )

Voltage               sans anomalie     anomalie

Hypertrophie du VG     non                     oui

Ondes Q                 sans anomalie     anomalie ( $>0,04\text{ s}$  en durée ou  $>25\%$  en hauteur  
de l'onde R consécutive ou schéma QS dans deux pistes ou plus)

- Bloc de branche  non  oui, préciser s.v.p. :  
 gauche complet (>0,12 s)  
 droit complet (>0,12 s)  
 antérieur gauche incomplet  
 antérieur gauche incomplet  
 droit incomplet
- Onde R  sans anomalie  onde R ou R' pathologique en V1  
(≥ 0,5mV en amplitude + rapport R/S ≥1)  
 autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

- sans anomalie  anomalie, préciser s.v.p. :

	Piste											
	I	II	III	aVR	aVL	AVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
Dépression du segment ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Élévation du segment ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplatissement des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inversion des ondes T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Évaluation résumée de l'ECG**  sans anomalie  anomalie

**5.2 ÉCHOCARDIOGRAPHIE** (valeurs normales de la population générale) \* Veuillez fournir un CD-ROM/DVD avec les boucles

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

**Ventricule gauche (VG)**

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

**Diamètre en fin de systole** \_\_\_\_\_ cm

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

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

**Volume diastolique du VG** \_\_\_\_\_ ml  
(valeurs normales : ♀, ♂ <75 ml/m<sup>2</sup>)

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

**IMM du VG (masse du VG/surface du corps ; 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 Simpson biplan ou surface-longueur) \_\_\_\_\_ %  
(valeur normale : ≥ 55%)

**Mouvement régional de la paroi**  sans anomalie   
anomalie

**Fonction diastolique**

Onde E	_____ cm/s
Onde A	_____ cm/s
(rapport E/A)	_____
Durée de décélération	_____ ms
E' (Doppler tissulaire)	septum _____ cm/s
	paroi latérale _____ cm/s
	E/E' _____

### Oreillette gauche

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

**Aire** (vue des 4 chambres) \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup>  
(valeur normale : <20 cm<sup>2</sup>)

**Volume** (méthode Simpson ou surface-longueur) \_\_\_\_\_ ml/m<sup>2</sup>  
(valeurs normales : ♀, ♂ < 28ml/m<sup>2</sup>)

### Oreillette droite / Veine cave inférieure

**Aire** (vue des 4 chambres) \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup>  
(valeur normale : <20 cm<sup>2</sup>)

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

**Variabilité respiratoire du diamètre de la VCI**  >50%  <50%

## Ventricule droit

**Diamètre médio-ventriculaire** (vue des 4 chambres, dVD 2) \_\_\_\_\_ cm  
(valeur normale : < 3,3 cm)

**Longueur baso-apicale** (vue des 4 chambres, dVD 3) \_\_\_\_\_ cm  
(valeur normale : < 7,9 cm)

**FRS** (fraction de raccourcissement en surface) \_\_\_\_\_ % (valeur normale : > 32%)

**Mouvement du feuillet antérieur de la valve tricuspide** \_\_\_\_\_ mm

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

**Mouvement régional de la paroi**  sans anomalie  anomalie

**Anévrisme local**  non  oui

**Hypertrophie**  non  oui

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

## Valves cardiaques

<b>Valve aortique</b>	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> anomalie
<b>Valve mitrale</b>	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> anomalie
<b>Valve tricuspide</b>	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> anomalie
<b>Valve pulmonaire</b>	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> anomalie

Préciser les anomalies : \_\_\_\_\_

**Diamètre de la racine aortique** (sinus de Valsalva) \_\_\_\_\_ cm

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

**Évaluation résumée de l'échocardiographie**  sans anomalie  anomalie

**Notes :**

---

---

---

---

---

---

---

---

## 6. SYSTEME MUSCULO-SQUELETTIQUE

### 6.1 COLONNE VERTEBRALE ET PLAN PELVIEN

**Forme de la colonne vertébrale**  sans anomalie  plate  
 hypercyphose  
 hyperlordose  
 scoliose

**Plan pelvien**  horizontal \_\_\_\_\_cm plus bas  à droite  à gauche

**Articulation sacro-iliaque**  sans anomalie  anomalie

#### Rotation cervicale

à droite \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui  
à gauche \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui

#### Flexion rachidienne

Distance doigts-sol \_\_\_\_\_cm

### 6.2 EXAMEN DES HANCHES, DE L'AINE ET DES CUISSES

#### Souplesse de la hanche

##### Flexion (passive)

à droite  sans anomalie  limitée \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui  
à gauche  sans anomalie  limitée \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui

##### Extension (passive)

à droite  sans anomalie  limitée \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui  
à gauche  sans anomalie  limitée \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui

##### Rotation intérieure (en flexion à 90°)

à droite \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui  
à gauche \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui

##### Rotation extérieure (en flexion à 90°)

à droite \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui  
à gauche \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui

##### Abduction

à droite \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui  
à gauche \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui

##### Douleur à la palpation de l'aîne

à droite  non  pubis  canal inguinal  
à gauche  non  pubis  canal inguinal

## Hernie

à droite  non  oui, préciser s.v.p. \_\_\_\_\_  
à gauche  non  oui, préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

## Muscles

### Adducteurs

à droite  sans anomalie  raccourcis douloureux :  non  oui  
à gauche  sans anomalie  raccourcis douloureux :  non  oui

### Ischio-jambiers

à droite  sans anomalie  raccourcis douloureux :  non  oui  
à gauche  sans anomalie  raccourcis douloureux :  non  oui

### Psoas-iliaque

à droite  sans anomalie  raccourci douloureux :  non  oui  
à gauche  sans anomalie  raccourci douloureux :  non  oui

### Muscle droit antérieur de la cuisse

à droite  sans anomalie  raccourci douloureux :  non  oui  
à gauche  sans anomalie  raccourci douloureux :  non  oui

### Muscle tenseur du fascia lata (bandelette ilio-tibiale)

à droite  sans anomalie  raccourci douloureux :  non  oui  
à gauche  sans anomalie  raccourci douloureux :  non  oui

## 6.3 EXAMEN DU GENOU

### Axe de l'articulation du genou

à droite  sans anomalie  genu varum  genu valgum  
à gauche  sans anomalie  genu varum  genu valgum

### Flexion (passive)

à droite  sans anomalie  limitée \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui  
à gauche  sans anomalie  limitée \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui

### Extension (passive)

à droite  0°  limitée \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui  
 hyperextension \_\_\_\_\_°  
à gauche  0°  limitée \_\_\_\_\_° douloureuse  non  oui  
 hyperextension \_\_\_\_\_°

### Test de Lachman

à droite  sans anomalie  +  ++  +++  
gauche  sans anomalie  +  ++  +++

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

à droite	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
à gauche	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

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

à droite	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
à gauche	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

**Valgus forcé en extension**

à droite	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
à gauche	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

**Valgus forcé en flexion à 30°**

à droite	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
à gauche	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

**Varus forcé en extension**

à droite	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
à gauche	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

**Varus forcé en flexion à 30°**

à droite	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
à gauche	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

**6.4 EXAMEN DE LA JAMBE, DE LA CHEVILLE ET DU PIED****Douleur à la palpation du tendon d'Achille**

à droite	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
à gauche	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

**Signe de tiroir antérieur**

à droite	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
à gauche	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

**Flexion dorsale**

à droite	_____°	douloureuse	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
à gauche	_____°	douloureuse	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

**Flexion plantaire**

à droite	_____°	douloureuse	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
à gauche	_____°	douloureuse	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui

**Supination totale**

à droite	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
à gauche	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue

**Pronation totale**

à droite	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
à gauche	<input type="checkbox"/> sans anomalie	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue

## Articulation métatarso-phalangienne

à droite

sans anomalie

pathologique

à gauche

sans anomalie

pathologique

## 7. ÉVALUATION RESUMEE

### Antécédents médicaux

sans anomalie

apte à la pratique du football, suivi nécessaire,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

pratique du football non recommandée,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

### Examen clinique

sans anomalie

apte à la pratique du football, suivi nécessaire,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

pratique du football non recommandée,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

### Examen orthopédique

sans anomalie

apte à la pratique du football, suivi nécessaire,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

pratique du football non recommandée,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

### ECG de repos 12 pistes

sans anomalie

apte à la pratique du football, suivi nécessaire,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

pratique du football non recommandée,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

### Échocardiographie

sans anomalie

apte à la pratique du football, suivi nécessaire,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

pratique du football non recommandée,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

### Autres constats

sans anomalie

apte à la pratique du football, suivi nécessaire,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

pratique du football non recommandée,  
préciser s.v.p. \_\_\_\_\_

**APTITUDE AU FOOTBALL DE COMPETITION**

**oui**  **non**

**8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION**

Nom du médecin examinateur : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_