



FIFA EXAMEN MEDICAL PRE-COMPETITION (PCMA)

JOUEUR :

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

| Généraux | non | oui, au cours des 4 dernières semaines | | oui, avant les 4 dernières semaines | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 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"/> | |
| 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"/> | |
| Cœur et poumons | non | 4 dernières semaines au repos pendant/après l'effort | | avant 4 semaines au repos pendant/après l'effort | |
| 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"/> |
| | non | oui, au cours des 4 dernières semaines | | oui, avant les 4 dernières semaines | |
| 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"/> | |
| Diarrhée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

Système 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"/> pubalgie | | | | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> opération |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> claquage des ischio-jambiers | | | | <input type="checkbox"/> repos | <input type="checkbox"/> physiothérapie | <input type="checkbox"/> opération |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> claquage du quadriceps | | | | <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"/> |
| Mort subite du nourrisson | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopathie coronarienne | <input type="checkbox"/> |
| Cardiomyopathie | <input type="checkbox"/> |
| Hypertension | <input type="checkbox"/> |
| Syncopes récurrentes | <input type="checkbox"/> |
| Arythmies | <input type="checkbox"/> |
| Transplantation cardiaque | <input type="checkbox"/> |
| Opération du cœur | <input type="checkbox"/> |
| Stimulateur/défibrillateur | <input type="checkbox"/> |
| Syndrome de Marfan | <input type="checkbox"/> |
| Noyade inexplicquée | <input type="checkbox"/> |
| Accident de voiture inexplicqué | <input type="checkbox"/> |
| AVC | <input type="checkbox"/> |
| Diabète | <input type="checkbox"/> |
| Cancer | <input type="checkbox"/> |
| Autres (arthrite, etc.) | <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"/> |
| Hypolipémiant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antidiabétiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médicaments psychotropes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme sans anomalie arythmie

Bruits cardiaques sans anomalie anomalie, préciser s.v.p. :
 dédoublement
 dédoublement paradoxal
 3^e bruit cardiaque
 4^e 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

4.1 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 ≥ 0.1 mV en profondeur et ≥ 0.04 s en durée)
 oui, droite (pic d'onde P en pistes II et III ou V1 $\geq 0,25$ mV en amplitude)

Dépolarisation / complexe QRS

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

Voltage sans anomalie anomalie

Hypertrophie du VG non oui

Ondes Q hauteur sans anomalie anomalie ($>0,04$ s en durée ou $>25\%$ en 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 ($\geq 0,5$ mV en amplitude + rapport R/S ≥ 1)
 autres

Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

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

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

Évaluation résumée de l'ECG sans anomalie anomalie

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

Surface corporelle (BSA): _____ m²

Ventricule gauche (VG)

Diamètre en fin de diastole _____ cm
(valeurs normales : ♀ <3,2 cm/m², ♂ <3,1cm/m²)

Diamètre en fin de systole _____ cm

Épaisseur du septum interventriculaire en fin de diastole _____ cm
(valeurs normales : ♀ <0,9 cm/m², ♂ <1,0cm/m²)

Épaisseur diastolique de la paroi postérieure _____ cm
(valeurs normales : ♀ <0,9 cm/m², ♂ <1,0cm/m²)

Volume diastolique du VG _____ ml
(valeurs normales : ♀, ♂ <75 ml/m²)

Volume systolique du VG _____ ml
(valeurs normales : ♀, ♂ <30 ml/m²)

IMM du VG (masse du VG/surface du corps ; méthode linéaire) _____ g/m²
(valeurs normales : ♀ <95 g/m², ♂ <115 g/m²)

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)
(valeur normale : <20 cm²) _____ cm²

Volume (méthode Simpson ou surface-longueur)
(valeurs normales : ♀, ♂ < 28ml/m²) _____ ml/m²

Oreillette droite / Veine cave inférieure

Aire (vue des 4 chambres)
(valeur normale : <20 cm²) _____ cm²

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

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

5. BILAN SANGUIN (A JEUN)

| | |
|---------------------|--------------|
| Hémoglobine | _____ mg/dl |
| Hématocrite | _____ % |
| Érythrocytes | _____ mg/dl |
| Thrombocytes | _____ mg/dl |
| Leucocytes | _____ mg/dl |
| Sodium | _____ mmol/l |
| Potassium | _____ 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 |

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 : _____