



EXAMEN MEDICAL D'AVANT-COMPETITION + (PCMA +)

JOUEUR :

NOM :

PRENOM :

SEXE :

DATE DE NAISSANCE : (JOUR/MOIS/ANNEE)

EQUIPE NATIONALE :

CLUB :

PAYS DU CLUB :

1. HISTORIQUE DE COMPÉTITION

Poste

Gardien de but Défenseur
 Milieu de terrain Attaquant

Pied(s) fort(s)

gauche droit les deux

Nombre de matches disputés au cours des 12 derniers mois : _____

2. ANTECEDANTS

2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSÉES

Général	Non	Oui	
Infections (surtout virales) (au cours des quatre dernières semaines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fièvre rhumatismale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coups de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Commotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cœur et poumons	Non	au repos	pendant/après l'effort
Douleur ou oppression thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle court	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations/arythmie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syncopes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Non	Oui	
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profil lipidique anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crises et épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arrêt du sport conseillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatigué plus rapidement que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Remarques supplémentaires : _____

Antécédents personnels et Symptômes supplémentaires spécifiques au COVID-19

Aviez-vous été testé positif au Coronavirus (Covid-19) dans le passé ? (PCR seulement)

OUI NON

Si oui, aviez-vous effectué un scanner thoracique mettant en évidence des images pulmonaires spécifiques au Coronavirus (Covid-19), en l'occurrence des plages de verre dépoli (Veuillez mentionner la date) ? OUI NON Date _____

Si oui, aviez-vous présenté certains des signes et symptômes suivants :

Fièvre pendant les quatre (04) précédant la maladie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Toux sèche	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Douleurs musculaires ou courbatures	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Angine	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Vomissements ou diarrhée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Nouvelle perte de goût ou de l'odorat	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Essoufflement ou difficultés à respirer	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Système musculosquelettique

Blessures graves conduisant à plus de quatre semaines de pratique réduite ou d'arrêt :

	gauche	droite	dernière occurrence
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lésion aux adducteurs	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lésion aux quadriceps	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lésion aux ischio-jambiers	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lésion au(x) ligament(s) du genou	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lésion au(x) ligament(s) de la cheville	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> autres (veuillez préciser ci-dessous)	_____ (année)

Autres : _____

Chirurgie musculosquelettique

	gauche	droite	dernière intervention
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hanche	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aine	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ligament(s) du genou	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ménisque ou cartilage du genou	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tendon d'Achille	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> articulation de la cheville	_____ (année)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> autres interventions (précisez ci-dessous)	_____ (année)

Autres (diagnostic et intervention) : _____

Gènes ou douleurs récurrentes :

non oui, veuillez spécifier les **parties du corps**

		gauche	droite
<input type="checkbox"/> tête	<input type="checkbox"/> épaule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> hanche
<input type="checkbox"/> colonne cervicale	<input type="checkbox"/> haut du bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> aine
<input type="checkbox"/> colonne dorsale	<input type="checkbox"/> coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> cuisse
<input type="checkbox"/> colonne lombaire	<input type="checkbox"/> avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> genou

- sternum/côtes
- abdomen
- bassin/sacrum

- poignet
- main
- doigt

- partie inférieure de la jambe
- tendon d'Achille
- cheville
- pied et orteil

Diagnostic et traitement fréquents :

gauche droite

n/a

- lésion aux adducteurs
- lésion aux ischio-jambiers
- lésion aux quadriceps
- entorse du genou
- lésion au ménisque
- tendinose du tendon d'Achille
- entorse de la cheville
- commotion cérébrale
- douleur lombaire

- repos

- physiothérapie

- chirurgie

2.2 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS ET PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

	non	père	mère	frère/sœur	autre
Mort subite par arrêt cardiaque	<input type="checkbox"/>				
Mort subite du nourrisson	<input type="checkbox"/>				
Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/>				
Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/>				
Hypertension	<input type="checkbox"/>				
Syncope à répétition	<input type="checkbox"/>				
Arythmie	<input type="checkbox"/>				
Transplantation cardiaque	<input type="checkbox"/>				
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>				
Pacemaker/défibrillateur	<input type="checkbox"/>				
Syndrome de Marfan	<input type="checkbox"/>				
Noyade inexplicée	<input type="checkbox"/>				
Accident de voiture inexplicé	<input type="checkbox"/>				
AVC	<input type="checkbox"/>				
Diabète	<input type="checkbox"/>				
Cancer	<input type="checkbox"/>				
Autres (arthrite, etc.)	<input type="checkbox"/>				

2.3 PRESCRIPTIONS MÉDICALES RÉCURRENTES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

Non Oui, veuillez préciser _____

3. EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL

Taille : _____ cm/ _____ pouces

Poids : _____ kg

Glande thyroïde normal anormal
Ganglions lymphatiques/rate normal anormal

Poumons
Percussion normal anormal

Bruits respiratoires normal anormal

Souffles _____

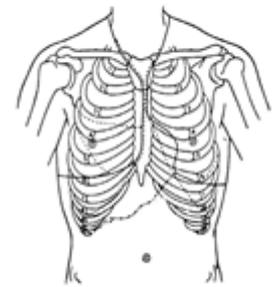
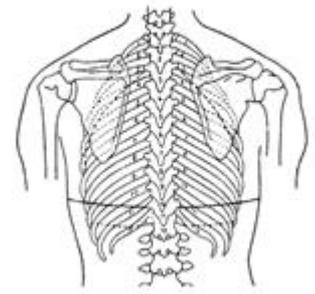
Veillez préciser : _____

Abdomen
Palpation normal anormal

Veillez préciser : _____

Symptômes de la maladie de Marfan

Non Oui (veuillez préciser, conformément à l'annexe :



4. SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

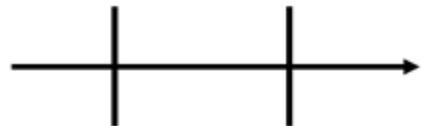
Rythme normal arythmique

Bruits du cœur normal anormal, veuillez préciser :
 dédoublement
 paradoxal
 3^e bruit du cœur
 4^e bruit du cœur

Souffle au cœur non oui, veuillez préciser :

- systolique – intensité : ____/6
- diastolique – intensité : ____/6
- claquements
- Changements durant la manœuvre de Valsalva

Punctum maximum: _____



Œdème périphérique non oui

Veines jugulaires (position à 45°) normal anormal

Reflux hépato-jugulaires non oui

Vaisseaux sanguins

Pouls périphériques palpables pas palpables
(par ex. artères radiales, fémorales)

Bruits vasculaires non oui
(par ex. artère carotide) (veuillez préciser : _____)

Varices non oui

Fréquence cardiaque après cinq minutes de repos

_____/min

Pression artérielle en position allongée sur le dos après cinq minutes de repos

Bras droit ____/____ mmHg

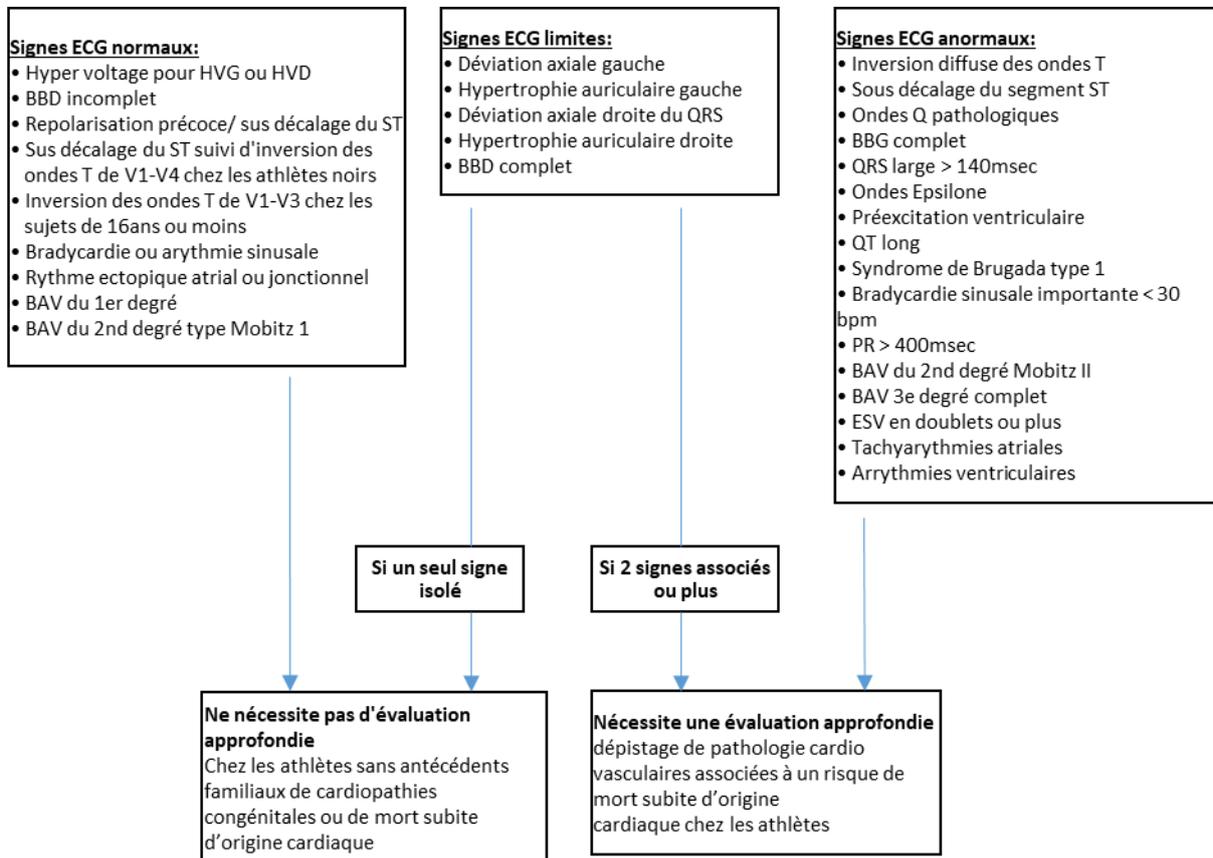
Bras gauche ____/____ mmHg

(Uniquement) ____mmHg (en cas de suspicion clinique)

4.1 ECG 12 ÉLECTRODES* EN POSITION ALLONGÉE SUR LE DOS APRÈS CINQ MINUTES DE REPOS

* Veuillez enregistrer et conserver l'ECG à des fins cliniques et juridiques.

Veuillez réaliser et évaluer l'ECG 12 électrodes conformément aux critères de consensus internationaux (critères de Seattle). Consultez un cardiologue en cas de doute.



Synthèse de l'ECG

normal anormal

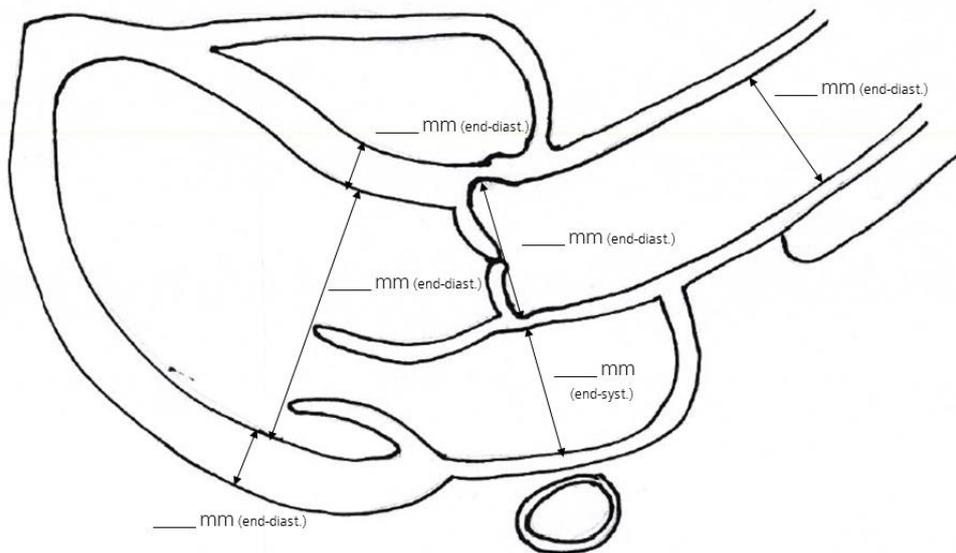
Si anormal, veuillez préciser : _____

4.2 ÉCHOCARDIOGRAPHIE

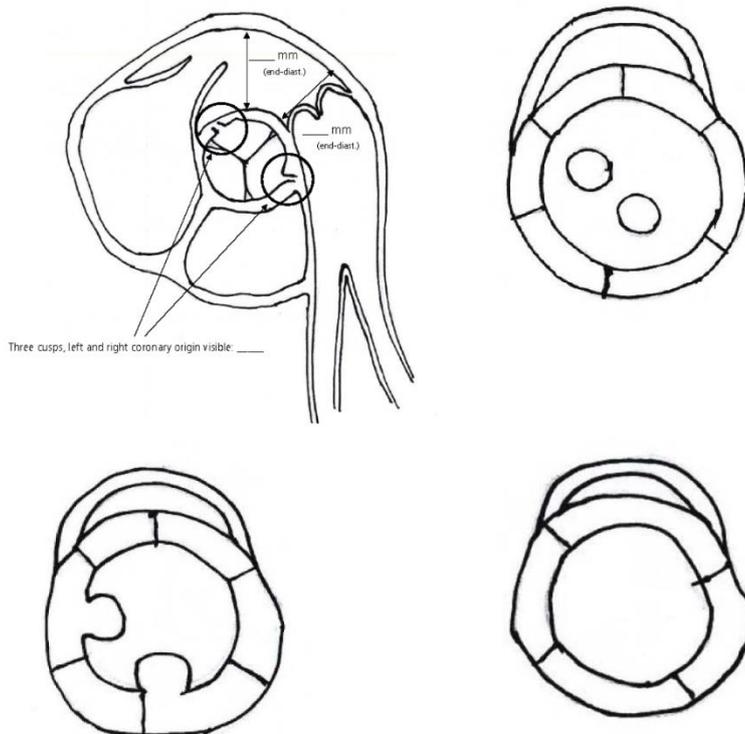
* Veuillez enregistrer et conserver l'échocardiographie à des fins cliniques et juridiques.

L'échocardiographie doit être réalisée par un spécialiste disposant d'une expérience certaine dans l'évaluation des athlètes. L'examen doit se baser sur les directives internationalement acceptées en la matière pour les « non-athlètes »³. Les athlètes pouvant toutefois présenter des différences physiologiques par rapport aux valeurs conventionnelles, il est également conseillé de se référer aux ressources spécifiques en cardiologie du sport.

Coupe parasternale grand axe



Coupe parasternale petit axe (avec origine de l'artère coronarienne)



Ventricule gauche :

- VTDVG : _____ ml
- IVTDVG _____ ml
- normal anormal
- FEVG _____%
- normal anormal
- Fonction diastolique²: normal anormal

Ventricule droit :

- Dimensions : normal anormal
- Fonction : normal anormal

Oreillette gauche :

- Dimensions : normal anormal
- LAVI : _____ ml/m²

Oreillette droite :

- Dimensions : normal anormal
- RAVI : _____ ml/m²

Coupe apicale 2 cavités :

normal anormal

Coupe apicale 3 cavités :

normal anormal

Coupe de la veine jugulaire :

Dimensions de la crosse aortique : normal anormal

Sténose aortique de l'isthme : oui non

Coupe subxiphoïde :

normal anormal

Synthèse :

Dimensions normales :

oui non (veuillez préciser : _____)

Fonction normale :

oui non (veuillez préciser : _____)

Hypertension pulmonaire :

non oui (rapport systolique ventricule droit/oreillette droite le plus élevé : _____ mmHg)

Cardiopathie structurelle (dont maladie valvulaire, myocardique, anomalies coronaires, etc.)

non oui (veuillez préciser : _____)

Évaluation complémentaire requise :

non oui (veuillez préciser : _____)

Synthèse des résultats de l'échocardiographie normal anormal

5. RÉSULTATS SANGUINS (À JEUN)

Hémoglobine	_____ mg/dl
Hématocrite	_____ %
Érythrocyte	_____ mg/dl
Thrombocytes	_____ mg/dl
Leucocytes	_____ mg/dl
Sodium	_____ mmol/l
Potassium	_____ mmol/l
Créatinine	_____ µmol/l
Cholestérol (total)	_____ mmol/l
Cholestérol LDL	_____ mmol/l
Cholestérol HDL	_____ mmol/l
Triglycéride	_____ mmol/l
Glucose	_____ mmol/l
Protéine C réactive	_____ mg/l

6. SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE

6.1 COLONNE VERTÉBRALE ET NIVEAU DU BASSIN

Forme de la colonne normale plate
 hypercyphose
 hyperlordose
 scoliose

Niveau du bassin horizontal _____ cm trop bas droite gauche

Articulation sacro-iliaque normale anormale

Rotation cervicale
droite _____ ° douloureuse non oui
gauche _____ ° douloureuse non oui

Souplesse rachidienne
Distance doigts-sol _____ cm

6.2 EXAMEN DES HANCHES, DE L'AINE ET DES CUISSSES

Flexibilité des hanches

Flexion (passive)

droite normale limitée _____° douloureuse non oui
gauche normale limitée _____° douloureuse non oui

Extension (passive)

droite normale limitée _____° douloureuse non oui
gauche normale limitée _____° douloureuse non oui

Rotation vers l'intérieur

droite _____° douloureuse non oui
gauche _____° douloureuse non oui

Rotation vers l'extérieur

droite _____° douloureuse non oui
gauche _____° douloureuse non oui

Abduction

droite _____° douloureuse non oui
gauche _____° douloureuse non oui

Sensibilité à la palpation de l'aîne

droite non pubis canal inguinal
gauche non pubis canal inguinal

Hernie

droite non oui (veuillez préciser _____)
gauche non oui (veuillez préciser _____)

Muscles

Adducteurs

droits normaux raccourcis douloureux non oui
gauches normaux raccourcis douloureux non oui

Ischio-jambiers

droits normaux raccourcis douloureux non oui
gauches normaux raccourcis douloureux non oui

Ilio-psoas

droite normal raccourci douloureux non oui
gauche normal raccourci douloureux non oui

Muscle droit fémoral

droite normal raccourci douloureux non oui
gauche normal raccourci douloureux non oui

Tenseur du fascia lata (bandelette ilio-tibiale)

droite normal raccourci douloureux : non oui
gauche normal raccourci douloureux : non oui

6.3 EXAMEN DES GENOUX

Axe d'articulation du genou

droite normal genu varum genu valgum
gauche normal genu varum genu valgum

Flexion (passive)

droite normale limitée _____° douloureuse non oui
gauche normale limitée _____° douloureuse non oui

Extension (passive)

droite 0° limitée _____° douloureuse non oui
 hyperextension _____°
gauche 0° limitée _____° douloureuse non oui
 hyperextension _____°

Test de Lachman

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

Signe du tiroir antérieur (genou à 90° de flexion)

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

Signe du tiroir postérieur (genou à 90° de flexion)

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

Contrainte en valgus (en extension)

droite normale + ++ +++
gauche normale + ++ +++

Contrainte en valgus (à 30° de flexion)

droite normale + ++ +++
gauche normale + ++ +++

Contrainte en varus (en extension)

droite normale + ++ +++
gauche normale + ++ +++

Contrainte en varus (à 30° de flexion)

droite	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
gauche	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

Sensibilité de la ligne articulaire

médiale : _____ nl	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
latérale : _____ nl	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

6.4 EXAMEN DU BAS DE LA JAMBE, DE LA CHEVILLE ET DU PIED**Sensibilité du tendon d'Achille**

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

Signe du tiroir antérieur

droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

Dorsiflexion

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

Flexion plantaire

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

Supination totale

droite	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> réduite	<input type="checkbox"/> accrue
gauche	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> réduite	<input type="checkbox"/> accrue

Pronation totale

droite	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> réduite	<input type="checkbox"/> accrue
gauche	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> réduite	<input type="checkbox"/> accrue

Articulation métatarsophalangienne

droite	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> pathologique
gauche	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> pathologique

7. RÉSULTATS DE L'EXAMEN

Historique médical

- Normal
 Pratique du football avec suivi.

Veillez indiquer la raison : _____

- Pratique du football déconseillée.

Veillez indiquer la raison : _____

Examen clinique

- Normal
 Pratique du football avec suivi.

Veillez indiquer la raison : _____

- Pratique du football déconseillée.

Veillez indiquer la raison : _____

Examen orthopédique

- Normal
 Pratique du football avec suivi.

Veillez indiquer la raison : _____

- Pratique du football déconseillée.

Veillez indiquer la raison : _____

ECG 12 électrodes au repos

- Normal
 Pratique du football avec suivi.

Veillez indiquer la raison : _____

- Pratique du football déconseillée.

Veillez indiquer la raison : _____

Échocardiographie

- Normal
 Pratique du football avec suivi.

Veillez indiquer la raison : _____

- Pratique du football déconseillée.

Veillez indiquer la raison : _____

Autres points

- Normal
 Pratique du football avec suivi.

Veillez indiquer la raison : _____

- Pratique du football déconseillée.

Veillez indiquer la raison : _____

Si des anomalies sont observées au niveau des résultats des tests effectués en lien avec l'examen médical d'avant-compétition, nous vous recommandons vivement de consulter un médecin spécialiste.

Veillez également vous référer à la Déclaration d'accord à l'examen médical d'avant-compétition destinée aux équipes participantes. La déclaration signée doit être retournée au département Médecine et Antidopage de la FIFA avant le début de la compétition.

8. TESTS SPÉCIFIQUES AU COVID-19

- **EN CAS DE GUERISON APRES CONTAMINATION ET FORME CLINIQUE CONNUE ET RECONNUE DE COVID-19:**
 - REFAIRE COMPLETEMENT L'EXAMEN PCMA
 - TOMODENSITOMETRIE PULMONAIRE (SCANNER): RECHERCHE D'IMAGES COVID-19 SPECIFIQUES
 - IRM CARDIAQUE: RECHERCHEZ DES SIGNES DE MYOCARDITE
- **BIOLOGIE: TESTS PCR MD-14**
 - TESTS MOLECULAIRES PAR RT-PCR POUR LA DETECTION DU GENOME DU CORONAVIRUS SARS-CoV
 - LES «TESTS VIROLOGIQUES» QUI DETECTENT LA PRESENCE DU GENOME VIRAL DU SRAS-COV-2 DANS L'ORGANISME.

NB. VEUILLEZ JOINDRE LES RAPPORTS D'IMAGERIE ET/ OU DE LABORATOIRE

9. CERTIFICAT DE CONDITION PHYSIQUE DES JOUEURS (FACULTATIF)

- Publié par le personnel technique de l'équipe
- Participe au programme de prévention des blessures
 - Test isocinétique (type Cybex, Contrex ou Biodex)
 - Test de stress (VO2Max)
 - Profil dentaire (Occlusion - Odontologie)
 - Tests de terrain (annexe)

ÉLIGIBLE POUR LA PRATIQUE DU FOOTBALL EN COMPÉTITION

oui **non**

8. MÉDECIN ET INSTITUTION AYANT EFFECTUÉ L'EXAMEN	
Nom du médecin ayant effectué l'examen : _____	
Adresse : _____ _____	
Tél. : _____ Fax : _____	
Adresse électronique : _____	
Date : _____ Signature : _____	

Appendix

- 1 The revised Ghent nosology for the Marfan syndrome

Please see main publication for details or go to <https://www.marfan.org/>.
Loeys BL et al. Journal of Medical Genetics 2010;47:476-485

- 2 International criteria for electrocardiographic interpretation in athletes

Please see main publication for details:
Drezner JA et al. Br J Sports Med 2017;1:1-28

- 3 Recommendations for Cardiac Chamber Quantification by Echocardiography in Adults: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging

Lang RM et al. J Am Soc Echocardiogr 2015; 28:1-39