COMMUNIQUE DE LA COMMISSION MEDICALE DE LA LRFA
CONCERNANT LES DOSSIERS MEDICAUX
DES ARBITRES : Saison : 2021-2022

Pour la saison sportive 202-2022, la procédure relative aux dossiers médicaux des Arbitres et arbitres assistants est comme suit:

1. Pour les **anciens arbitres** ayant déjà un dossier PCMA au niveau de la LRFA :

   - Résumé de l'examen clinique de l'arbitre,
   - ECG de moins de 3 mois,
   - Bilan biologique complet : **FNS, Glycémie, Créatinine sanguin, Ionogramme sanguin, Cholestérol total, HDL, LDL, Triglycérides, CRP, acide urique.**
   - Epreuve d'effort pour les arbitres âgés de plus de 35 ans et n'ayant pas Effectué l'épreuve d'effort l'année dernière (2020).
   - Déclaration sur l'honneur d'absence de signes du Covid 19.
   - Carnet de vaccination covid-19.

2. Pour les **nouveaux arbitres** n'ayant pas de dossier PCMA au niveau de la ligue:

   - Dossier PCMA de l'arbitre,
   - ECG de moins de 3 mois,
   - Bilan biologique complet : **FNS , Glycémie , Créatinine sanguine , Ionogramme sanguin , Cholestérol total , HDL , LDL , Triglycérides , CRP , acide urique.**
   - Echocardiographie.
   - Déclaration sur l'honneur d'absence de signes du Covid 19.
   - Carnet de vaccination covid-19

NB: Dossier PCMA de l'arbitre 2021-2022, Résumé de l'examen clinique de l'arbitre et Déclaration sur l'honneur d'absence de signes Covid disponibles sur le site de la LRFA.

الإتحـاد الجزائـــري لكرة القدم

FÉDÉRATION **A**LGÉRIENNE DE **F**OOTBALL

DOSSIER MEDICAL DE L'ARBITRE

NOM : _____ PRENOM (S) :_____

DATE DE NAISSANCE : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : **M:** ☐ **F:** ☐

LIGUE : _____

1. CARACTERISTIQUES

Arbitre :

- ☐ FIFA
- ☐ CAF
- ☐ FAF
- ☐ Inter-Région
- ☐ Régionale
- ☐ Wilaya
- ☐ Autres :.....

Date ou l'année d'obtention du grade : .....

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSEES

Général	**Non**	**Oui, dans les 4 dernières semaines**	**Oui, il y a plus de 4 semaines**
Symptômes de la grippe	☐	☐	
Infections (surtout virales)	☐	☐	☐
Fièvre rhumatismale	☐	☐	☐
Coups de chaleur	☐	☐	☐
Commotion	☐	☐	☐
Allergie nourriture/insectes	☐	☐	☐
Allergie médicaments	☐	☐	☐
Cœur et poumon	**Non**	**Dans les 4 dernières semaines** au repos / pendant après l'effort	**Il y a plus de 4 semaines** au repos / pendant après l'effort
Douleur ou oppression thoracique	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Essoufflement	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Souffle court	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Asthme	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Toux	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Bronchite	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Palpitations	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Arythmie cardiaque	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Autres problèmes cardiaques	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Vertiges	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
Syncopes	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐
	Non	**Oui, dans les 4 dernières semaines**	**Oui, il y a plus de 4 semaines**
Hypertension	☐	☐	☐
Souffle au cœur	☐	☐	☐
Profil lipidique anormal	☐	☐	☐
Crises, épilepsie	☐	☐	☐
Conseillé d'arrêter le sport	☐	☐	☐
Fatigué plus vite que coéquipiers	☐	☐	☐
Diarrhées	☐	☐	☐

NOM ET PRENOM :..... SAISON SPORTIVE :**2021/ 2022**

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	☐	☐	☐	☐	☐
Mort subite (infantile)	☐		☐	☐	
Maladie coronarienne	☐☐	☐	☐	☐	
Cardiomyopathie	☐☐	☐	☐	☐	
Hypertension	☐☐	☐	☐	☐	
Syncope à répétition	☐☐	☐	☐	☐	
Arythmie cardiaque	☐☐	☐	☐	☐	
Transplantation cardiaque	☐☐	☐	☐	☐	
Chirurgie cardiaque	☐☐	☐	☐	☐	
Pacemaker/Défibrillateur	☐☐	☐	☐	☐	
Syndrome de Marfan	☐☐	☐	☐	☐	
Noyade inexpliquée	☐☐	☐	☐	☐	
Accident de voiture inexpliqué	☐	☐	☐	☐	☐
AVC	☐☐	☐	☐	☐	
Diabète	☐☐	☐	☐	☐	
Cancer	☐☐	☐	☐	☐	
Autres (arthrite, etc.)	☐☐	☐	☐	☐	

2.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

	non	oui
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	☐	☐
Médicaments contre l'asthme	☐	☐
Médicament contre l'hypertension	☐	☐
Hypolipidémiant	☐	☐
Antidiabétique	☐	☐
Psychotrope	☐	☐
Autres_____	☐	☐

3. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : /____/____/____/ **cm** **Poids:** /____/____/____/ **kg** **BMI :** /____//____/,/____/____/

Glande thyroïde : ☐ normal ☐ anormal

Nœud lymphatique/rate ☐ normal ☐ anormal

Acuité visuelle : **OD** : /____/____/ **OG :** /____/____/

ORL : **Surdité** : ☐ Non ☐ Oui

Examen bucco-dentaire

Nombre de dents cariées**:** /__/__/

Nombre de dents absentes**:** /__/__/

Hygiène bucco-dentaire **:** ☐ Bonne ☐ Insuffisante

Poumons :

Auscultation ☐ normale ☐ anormale

Percussion ☐ normale ☐ anormale

Si Anormal,
Précisez : ……

Abdomen

Palpation ☐ normale ☐ anormale

Si Anormal,
Précisez : ……

Port d'appareil médico-chirurgical : ☐ Non ☐ Oui

Si Oui,
Précisez : ……
……..

Symptômes du syndrome de Marfan : ☐ Non

☐ Oui : précisez : .....

- ☐ Déformation du thorax
- ☐ Long bras et longues jambes
- ☐ Pieds plats
- ☐ Scoliose
- ☐ Dislocation du cristallin
- ☐ Autre _____

4. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

Rythme ☐ normal ☐ arythmique

Son ☐ normal ☐ anormal, précisez :
- ☐ dédoublement
- ☐ paradoxal
- ☐ 3e son
- ☐ 4e son

Souffle ☐ non ☐ oui, précisez :
- ☐ Systolique – intensité /__/6
- ☐ Diastolique – intensité /__/6
- ☐ Claquements
- ☐ Changements durant la manœuvre de Valsalva
- ☐ Changements après s'être levé brusquement

Œdème périphérique ☐ non ☐ oui

Veine jugulaire (position à 45°) ☐ normale ☐ anormale

Reflux hépato-jugulaire ☐ non ☐ oui

Vaisseaux sanguins

Pouls périphérique ☐ palpable ☐ non palpable

Bruits vasculaires ☐ non ☐ oui

Varices ☐ non ☐ oui

Pouls après 5 minutes de repos : /__/__/__/ /min

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

Bras droit : /____/____/____/ **/** /____/____/____/ mmHg

Bras gauche /____/____/____/ **/** /____/____/____/ mmHg

4.1 ECG 12 ELECTRODES

*** EN POSITION ALLONGEE SUR LE DOS APRES 5 MINUTES DE REPOS**

*** Joindre une copie au contrôle**

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

Si Anormal, précisez : ……

……..

4.2 ECHOCARDIOGRAPHIE INITIALE :

Effectuée le : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Résumé de l'échocardiographie (Joindre copie du résultat au contrôle).

……
……
……

NB :

- L'EXAMEN ECHOCARDIOGRAPHIQUE INITIALE EST OBLIGATOIRE QUEL QUE SOIT L'AGE DE L'ARBITRE.

- DOIT ETRE RENOUVELEE DES L'AGE DE 20 ANS

5. ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT):

Dernier Test d'Effort Effectuée le : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/

Résumé de l'preuve d'Effort (Joindre une copie du tracé de l'Epreuve d'Effort).

……
……
……

NB : l'ECG DE STRESS (TEST D'EFFORT) EST DEMANDE APRES L'AGE DE 35 ANS, RENOUVELE CHAQUE DEUX ANS.

6. AUTRES PATHOLOGIES :

Non : ☐ **Oui :** ☐

Si oui, précisez :……...
……..
……..

7. BILAN BIOLOGIQUE (A JEUN) : * joindre les documents signés par le laboratoire.

1. Groupage Sanguin,
2. FNS,
3. Sodium sanguin,
4. Potassium sanguin,
5. Créatinémie,
6. Cholestérol (total),
7. Cholestérol LDL,
8. Cholestérol HDL,
9. Triglycérides,
10. Glycémie à jeun,
11. Protéine C-réactive (CRP),
12. Acide Urique.

8. RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2021 / 2022

NOM ET PRENOMS : _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE:

☐ **Oui** ☐ **Non**

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____-_____

N° inscription à l'ordre des médecins : /____/____/____/____/____/

Structure d'exercice : _____

_____

Téléphone :_____

Email :_____

Date :_____ Griffe et Signature : _____

الاتحاد الجزائري لكرة القدم

FÉDÉRATION ALGERIENNE DE FOOTBALL

Photo
3,5 x 3,5

DECLARATION SUR L'HONNEUR D'ABSENCE DE SYMPTOMES D'INFECTION PAR LA COVID-19

SAISON SPORTIVE: 2021 - 2022

Par la présente je soussigné(e),

Mme/Mr : .....

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Fils (le) de : ..... et de : .....

Né (e) le : ..... à : ..... Wilaya de : .....

Club : ..... ligue de : .....

Demeurant : .....

.....

.....

Déclare sur l'honneur n'avoir présenté, ces dernières 72 heures, aucun des symptômes suivants :

- Avez-vous de la fièvre supérieure à 38° ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous une toux ou une augmentation de votre toux habituelle ces derniers jours ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous des difficultés à respirer ces derniers jours ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous noté une forte diminution de votre gout ou de votre odorat ces derniers jours ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous un mal de gorge ces derniers jours ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous des douleurs musculaires ou des courbatures inhabituelles ces derniers jours ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous des éruptions cutanées ou engelures ces derniers jours ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous de la diarrhée ou vomissements ces derniers 24 heures ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous une fatigue inhabituelle ces derniers jours ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous un manque de souffle inhabituel lorsque vous parlez ou lors d'un petit effort ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous été en contact d'un suspect ou confirmé de COVID-19 depuis février 2020 ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous consulté pour des signes en faveur de COVID-19 depuis février 2020 ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous fait une radiographie ou scanner thoracique COVID-19 depuis février 2020 ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous été hospitalisé pour suspicion ou une maladie COVID-19 depuis février 2020 ?	Oui ❑	Non ❑
- Avez-vous eu des tests PCR ou sérologiques POSITIFS de la maladie COVID-19 ?	Oui ❑	Non ❑

L'arbitre devra absolument consulter le médecin du club avant la signature de la licence s'il :

- a eu la COVID-19
- a été en contact avec un malade COVID-19
- a eu une maladie chronique et n'a pas fait du sport depuis plus de trois mois
- a répondu OUI à une des questions ci-dessus

Je certifie avoir pris connaissance des risques de contamination par le coronavirus, et je m'engage à respecter des gestes barrières, d'hygiènes et de sécurité, et je confirme l'exactitude des informations contenues dans la déclaration sur l'honneur sus-citées.

Signature de l'arbitre

Fait à : .....

Le : .....

الإتحـاد الجزائـــري لكرة القدم

FÉDÉRATION **A**LGÉRIENNE DE **F**OOTBALL

RESUME DE L'EXAMEN CLINIQUE DE L'ARBITRE
SAISON SPORTIVE : 2020 / 2021

NOM : _____ PRENOM (S) :_____

DATE DE NAISSANCE : /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ (JOUR / MOIS / ANNEE)

SEXE : M: ☐ F: ☐

EXAMEN EFFECTUE LE : _____

TA :____ /____ ACUITE VISUELLE : _____ POIDS : _____KGS

- Résumé de l'analyse de l'ECG : ☐ Normal ☐ Anormal

Si Anormal, précisez : .....
.....
.....

- Résumé du Bilan Biologique : ☐ Normal ☐ Anormal

Si Anormal, précisez : .....
.....
.....

RESUME DE L'EXAMEN CLINIQUE :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RESUME DE L'EVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

Autres pathologies

☐ Non ☐ oui, précisez : _____

L'ARBITRE CITE(E) CI-DESSOUS : SAISON SPORTIVE : 2020 / 2021

NOM ET PRENOMS **:** _____

APTE A LA PRATIQUE DE L'ARBITRAGE**:**

☐ **Oui** ☐ **Non**

MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom et Prénom du Médecin : _____-_____

N° inscription à l'ordre des médecins : /____/____/____/____/____/

Structure d'exercice : _____

_____

Téléphone :_____

Email :_____

Date :_____ Griffe et Signature : _____