



EXAMEN CARDIOLOGIQUE PRE-COMPETITION + (PCCA+)

NOM : _____

PRENOM : _____

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

ÉQUIPE NATIONALE : _____

CLUB : _____

PAYS DU CLUB : _____

1. CARACTERISTIQUES SPORTIVES

Poste gardien de but défenseur
 milieu attaquant

Latéralisation gaucher droitier Les deux

Nombre de matches les 12 derniers mois _____

2. ANTECEDANTS :

2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSES

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 (part. 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"/>	
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Allergie aliment/insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Allergie médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cœur et poumon	non	les 4 dernières semaines au repos Pdt/après effort		Il y a plus de 4 semaines au repos Pdt/après effort	
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"/>
Palpitations	<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"/>
	non	oui, dans les 4 dernières semaines		oui, il y a plus de 4 semaines	
Profil 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"/>	
Fatigué plus vite que coéquipiers	<input type="checkbox"/>	<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) jours précédant la maladie OUI NON
- Toux sèche OUI NON
- Fatigue OUI NON
- Douleurs musculaires ou courbatures OUI NON
- Faiblesse musculaire OUI NON
- Angine OUI NON
- Vomissements ou diarrhée OUI NON
- Nouvelle perte de goût ou de l'odorat OUI NON
- Essoufflement ou difficultés à respirer OUI NON

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"/>				
Mort subite (infantile)	<input type="checkbox"/>				
Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/>				
Hypertension	<input type="checkbox"/>				
Syncope à répétition	<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 inexplicable	<input type="checkbox"/>				
Accident auto inexplicable	<input type="checkbox"/>				
AVC	<input type="checkbox"/>				
Diabète	<input type="checkbox"/>				
Cancer	<input type="checkbox"/>				
Autres (arthrite, etc.)	<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"/>



Hypolipédémiant	<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

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^e son
- 4^e 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

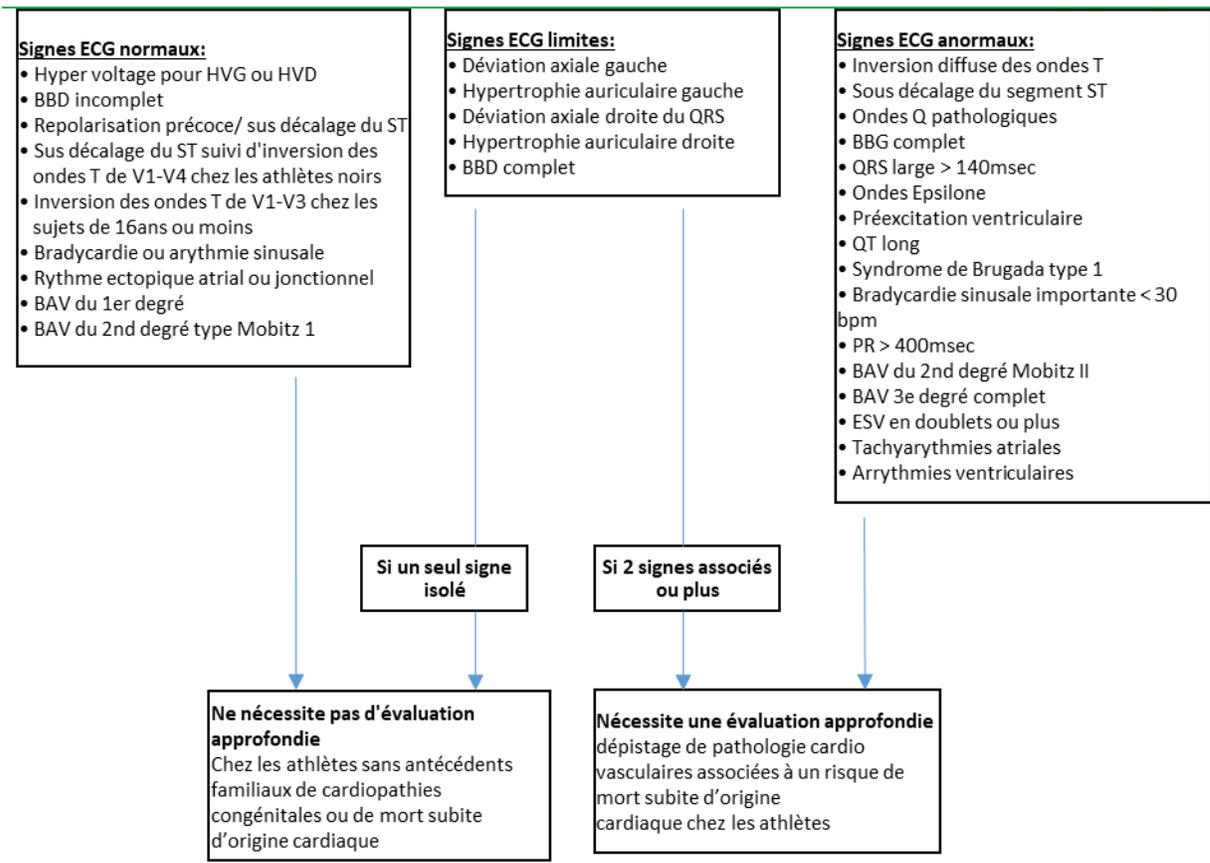
Bras droit ____/ ____ mmHg

Bras gauche ____/ ____ mmHg

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

*** VEUILLEZ ENREGISTRER ET CONSERVER L'ECG A DES FINS CLINIQUES ET JURIDIQUES.**

VEUILLEZ REALISER ET EVALUER L'ECG 12 ELECTRODES CONFORMEMENT AUX CRITERES DE CONSENSUS INTERNATIONAUX (CRITERES DE SEATTLE). CONSULTEZ UN CARDIOLOGUE EN CAS DE DOUTE.



SYNTHÈSE DE L'ECG NORMAL ANORMAL

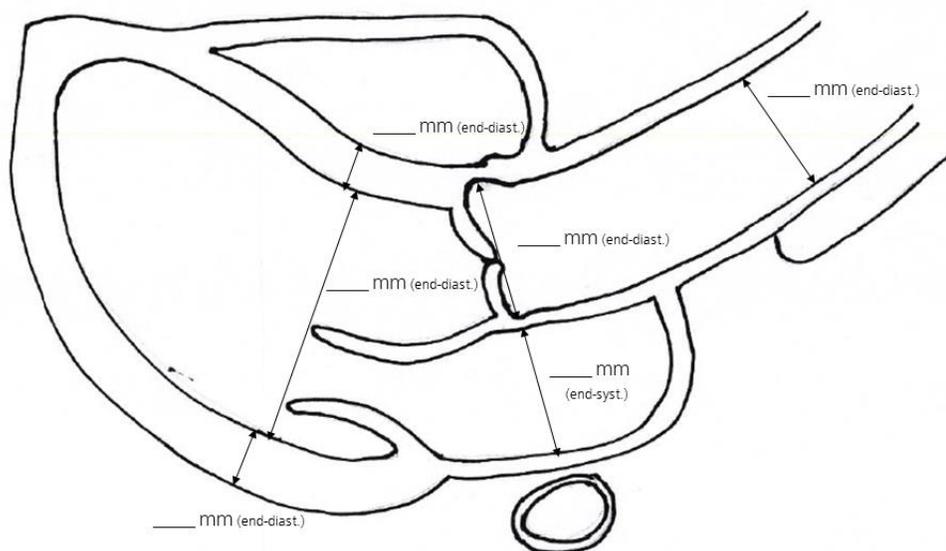
SI ANORMAL, VEUILLEZ PRÉCISER : _____

4.2 SI ECG 12 PISTES AU REPOS ANORMAL, ECHOGRAPHIE CARDIAQUE

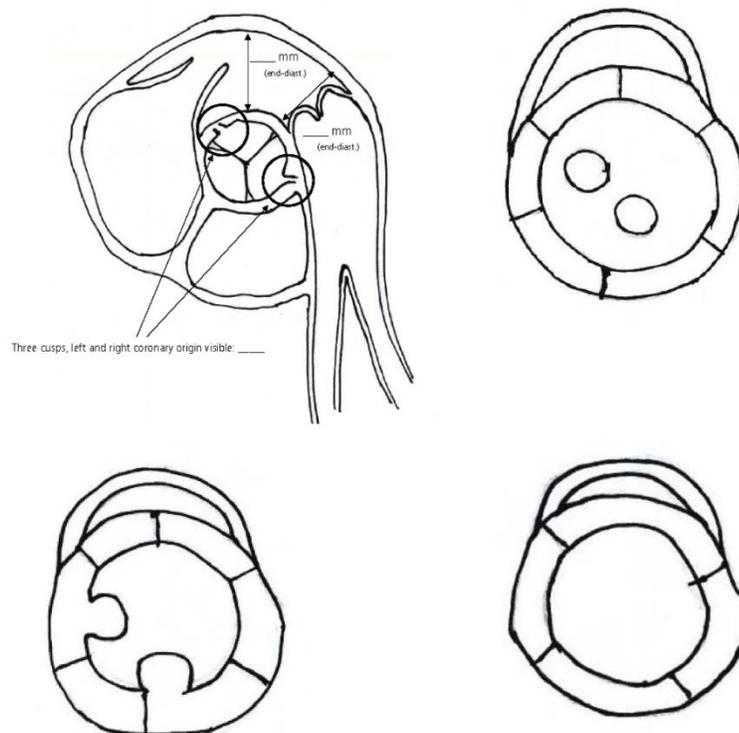
*** VEUILLEZ ENREGISTRER ET CONSERVER L'ÉCHOCARDIOGRAPHIE A DES FINS CLINIQUES ET JURIDIQUES.**

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'ARTERE 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 CAVITES :

NORMAL ANORMAL

COUPE APICALE 3 CAVITES :

NORMAL ANORMAL

COUPE DE LA VEINE JUGULAIRE :

DIMENSIONS DE LA CROSSE AORTIQUE : NORMAL ANORMAL

STENOSE AORTIQUE DE L'ISTHME : OUI NON

COUPE SUBXIPHOÏDE :

NORMAL ANORMAL

SYNTHESE :

DIMENSIONS NORMALES :

OUI NON (VEUILLEZ PRECISER : _____)

FONCTION NORMALE :

OUI NON (VEUILLEZ PRECISER : _____)

HYPERTENSION PULMONAIRE :

NON OUI (RAPPORT SYSTOLIQUE VENTRICULE DROIT/OREILLETTE DROITE LE PLUS ELEVE : _____ MMHg)

CARDIOPATHIE STRUCTURELLE (DONT MALADIE VALVULAIRE, MYOCARDIQUE, ANOMALIES CORONAIRES, ETC.)

NON OUI (VEUILLEZ PRECISER : _____)

ÉVALUATION COMPLEMENTAIRE REQUISE :

NON OUI (VEUILLEZ PRECISER : _____)

SYNTHESE DES RESULTATS DE L'ECHOCARDIOGRAPHIE NORMAL ANORMAL

5. BILAN SANGUIN (A JEUN)

Taux d'Hémoglobine (si possible type d'Hb)	_____ 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
Cholestérol LDL	_____ mmol/l
Cholestérol HDL	_____ mmol/l
Triglycérides	_____ mmol/l
Glucose	_____ mmol/l
Protéine C-réactive	_____ mg/l

Si des anomalies sont observées au niveau des résultats des tests effectués en lien avec l'examen cardiaque d'avant-compétition, nous vous recommandons vivement de consulter un médecin spécialiste. Veuillez également vous référer à la Déclaration d'accord à l'examen cardiaque d'avant compétition destinée aux équipes participantes. La déclaration signée doit être retournée au département Médecine et Antidopage de la CAF avant le début de la compétition.

6. 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

7. 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 d'effort (VO2Max)
 - Profil dentaire (Occlusion - Odontologie)
 - Tests de terrain (annexe)

8. RESUME DE L'ÉVALUATION

Suspicion de pathologie cardiaque

non oui, précisez : _____

Autres pathologies

non oui, précisez : _____



APTE A LA PRATIQUE DU FOOTBALL DE HAUT NIVEAU

oui

non

8. MEDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Courriel _____

Date : _____ Signature : _____