

الجامعة الملكية المغربية لكرة القدم

Fédération Royale Marocaine de Football



# LIVRET MÉDICAL DU SPORTIF





**EXAMEN MÉDICAL  
PRÉ-COMPETITION (PCMA)**



NOM : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... (JOUR / MOIS / ANNÉE)

CLUB : .....

## 1. CARACTÉRISTIQUES SPORTIVES

Poste       gardien de but       défenseur  
 milieu       attaquant

Latéralisation       gaucher       droitier       Les deux

Nombre de matches les 12 derniers mois \_\_\_\_\_

## 2. PASSÉ MÉDICAL :

### 2.1 PATHOLOGIES ACTUELLES ET PASSÉES

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"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques	<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
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffle au cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

### Appareil locomoteur

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

<input type="checkbox"/> Non      Droit      Gauche quand ? _____ (année) <input type="checkbox"/> adducteurs <input type="checkbox"/> quand ? _____ (année) <input type="checkbox"/> Quadriceps <input type="checkbox"/> quand ? _____ (année) <input type="checkbox"/> Ischio-jambiers <input type="checkbox"/> quand ? _____ (année) <input type="checkbox"/> Ligaments du genou <input type="checkbox"/> quand ? _____ (année) <input type="checkbox"/> Ligaments de la cheville <input type="checkbox"/> quand ? _____ (année) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
---

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : \_\_\_\_\_

### Opérations sur l'appareil locomoteur :

<input type="checkbox"/> Non      oui <input type="checkbox"/> hanche <input type="checkbox"/> Aine (pubalgie) <input type="checkbox"/> Ligaments du genou <input type="checkbox"/> Ménisque/cartilage genou <input type="checkbox"/> Tendon Achille <input type="checkbox"/> Cheville <input type="checkbox"/> Autres opérations	quand ? _____ (année) quand ? _____ (année)
---	--

Pour « autre », merci de fournir le diagnostic : \_\_\_\_\_

### Gènes ou douleurs récurrentes :

<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (spécifier partie du corps)	dte      gche Tête/visage      Nuque      Vertèbre dorsale      Vertèbre lombaire      Sternum/côtes Abdomen      Bassin/sacrum	dte      gche épaule      bras      coude      avant-bras      poignet main      doigts	dte      gche hanche      aine      cuisse      genou      jambe Achille      cheville      pied/orteil
---	---	---	---

### Diagnostic et traitement :

<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> pubalgie <input type="checkbox"/> lésion de l'ischio-jambier <input type="checkbox"/> lésion du quadriceps <input type="checkbox"/> entorse du genou <input type="checkbox"/> lésion du ménisque <input type="checkbox"/> tendinite de la cheville <input type="checkbox"/> entorse de la cheville <input type="checkbox"/> commotion <input type="checkbox"/> douleur lombaire	repos <input type="checkbox"/> physiothérapie repos <input type="checkbox"/> physiothérapie	repos <input type="checkbox"/> chirurgie repos <input type="checkbox"/> chirurgie
---	---	--

## 2.2 ANTÉCÉDENTS 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"/>				
Cardiomyopathie	<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"/>	
Syncope à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>				
Transplantation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/>				
Pacemaker/Défibrillateur	<input type="checkbox"/>				
Syndrome de Marfan	<input type="checkbox"/>				
Noyade inexpliquée	<input type="checkbox"/>				
Accident auto inexpliqué	<input type="checkbox"/>				
AVC	<input type="checkbox"/>				
Diabète	<input type="checkbox"/>				
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (arthrite, etc.)	<input type="checkbox"/>				

## 2.3 PRESCRIPTION MÉDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

	non	oui
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	<input type="checkbox"/>	
Médicaments contre l'asthme	<input type="checkbox"/>	
Médicament contre l'hypertension	<input type="checkbox"/>	
Hypolipidémiant	<input type="checkbox"/>	
Antidiabétique	<input type="checkbox"/>	
Psychotrope	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	

## 3. EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL

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. SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE

Rythme  normal  arythmique

Son  normal  anormal, précisez :  
 Dédoublement  
 Paradoxalement  
 3<sup>e</sup> son  
 4<sup>e</sup> 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  
 Cheville \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

#### 4.1 ECG 12 ÉLECTRODES\* EN POSITION ALLONGÉE SUR LE DOS APRÈS 5 MINUTES DE REPOS \* JOINDRE COPIE

Rythme/conduction  normal  anormal, précisez :  
 Battements ventriculaires prématurés  
 Battements supraventriculaires prématurés  
 Tachycardie supraventriculaire  
 Arythmie ventriculaire  
 Flutter auriculaire/fibrillation  
 Grande amplitude (onde delta)  
 Bloc atrio-ventriculaire, précisez :  
 Premier degré  
 Second degré type I  
 Second degré type II  
 Troisième degré

Indices temporels PQ \_\_\_\_\_ ms QRS \_\_\_\_\_ ms QTc \_\_\_\_\_ ms

Dilatation auriculaire  non  oui, gauche (partie négative de l'onde P dans \_\_\_\_\_)  
 V1 $\geq$ 0,1mV en amplitude et  $\geq$ 0,04 s en durée  
 Oui, droite (pic d'onde P dans électrodes II et III Ou V1 $\geq$ 0,25mV en amplitude)

**Dépolarisation/complexe QRS**

Axe	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal ( $\geq+120^\circ$ ou $-30^\circ$ à $-90^\circ$ )
Voltage	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal
Hypertrophie du ventricule gauche	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
Ondes Q	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal ( $>0,04$ s en durée ou $>25\%$ en amplitude des ondes R ou QS à 2 électrodes ou plus)
Bloc de branche	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, précisez :
	<input type="checkbox"/> Gauche complet ( $>0,12$ s)	
	<input type="checkbox"/> Droit complet ( $>0,12$ s)	
	<input type="checkbox"/> Antérieur gauche incomplet	
	<input type="checkbox"/> Postérieur gauche incomplet	
	<input type="checkbox"/> Incomplet droit	

Onde R  normal  onde R ou R' pathologique dans l'électrode V1 ( $\geq 0,5$ mV en amplitude + R/S ratio  $\geq 1$ )  
 autres

#### Repolarisation (segment ST, ondes T, intervalle QT)

normal  anormal, précisez :

Électrode	I	II	III	aVR	aVL	AVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
Baisse ST	<input type="checkbox"/>											
Elevation ST	<input type="checkbox"/>											
Aplatissement T	<input type="checkbox"/>											
Inversion T	<input type="checkbox"/>											

Résumé de l'analyse de l'ECG  normal  anormal

## 4.2 ÉCHOCARDIOGRAPHIE\*

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

### Ventricule gauche

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

**Diamètre télésystolique** \_\_\_\_\_ cm/m<sup>2</sup>

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

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

**Volume diastolique du ventricule gauche**  
(valeurs normales ♀ et ♂ <75 ml/m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_ ml/m<sup>2</sup>

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

**MMI du ventricule gauche** (masse/BSA ; 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 de Simpson ou de la longueur de l'aire) \_\_\_\_\_ %  
(valeur normale : ≥ 55%)

**Mouvement régional de la paroi**       normal       anormal

**Fonction diastolique**      Onde E \_\_\_\_\_ cm/s

Onde A \_\_\_\_\_ cm/s

(Rapport E/A) \_\_\_\_\_

Durée de décélération \_\_\_\_\_ ms

E' (Doppler tissulaire)septal \_\_\_\_\_ cm/s

Paroi latérale \_\_\_\_\_ cm/s

E/E' \_\_\_\_\_

### Oreillette gauche

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

**Aire** (vue des quatre chambres)  
(valeurs normales : <20 cm<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_ cm

**Volume** (méthode de Simpson ou de la longueur de l'aire) \_\_\_\_\_ ml/m<sup>2</sup>  
(valeurs normales : ♀ et ♂ <28ml/m<sup>2</sup>)

### Oreillette droite/veine cave inférieure

**Aire** (vue des quatre chambres)  
(valeurs normales : <20 cm<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_ cm

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

**Variabilité respiratoire du diamètre de la veine cave inférieure**  >50%  <50%

### Ventricule droit

**Diamètre** (vue des quatre chambres) \_\_\_\_\_ cm (valeurs normales : <3,3 cm)

**Longueur** (vue des quatre chambres) \_\_\_\_\_ cm (valeurs normales : <7,9 cm)

**Variation de surface** \_\_\_\_\_ % (valeurs normales : > 32%)

**Mouvement tricuspidé antérieur** \_\_\_\_\_ mm

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

**Mouvement régional de la paroi**       normal       anormal

**Anévrisme local**       non       oui

**Hypertrophie**       non       oui

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

### Valvules

**Valvule aortique**       normal       anormal

**Visualisation de l'ostium coronarien**       impossible

possible :  gche  dte

vue de petit axe parasternal

autre vue

**Valvule mitrale**       normal       anormal



**Valvule tricuspidé**

normal  anormal

**Valvule pulmonaire**

normal  anormal

Précisez anomalies : \_\_\_\_\_

**Diamètre de la base de l'aorte**

\_\_\_\_\_ cm

**Aorte ascendante**

\_\_\_\_\_ cm

Résumé de l'analyse de l'échocardiographie  normal  anormal

## 5. BILAN SANGUIN (À 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

Cholestérol LDL

\_\_\_\_\_ mmol/l

Cholestérol HDL

\_\_\_\_\_ mmol/l

Triglycérides

\_\_\_\_\_ mmol/l

Glucose

\_\_\_\_\_ mmol/l

Protéine C-réactive

\_\_\_\_\_ mg/l

## 6. APPAREIL LOCOMOTEUR

### 6.1 COLONNE VERTÉBRALE, NIVEAU DU BASSIN ET LONGUEUR DES JAMBES

#### Forme de la colonne

- normal  plat
- hypercyphose
- hyperlordose
- scoliose

Niveau du bassin  horizontal

plus bas à droite  plus bas à gauche

Déférence de niveau malléolaire

normal  anormal

#### Rotation cervicale

à droite \_\_\_\_\_ °

douloureux  non  oui

à gauche \_\_\_\_\_ °

douloureux  non  oui

#### Souplesse rachidienne

Distance du bout des doigts au sol \_\_\_\_\_ cm

#### Hernie

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

#### Muscles

##### Adducteurs

- |        |                                 |   |
|--------|---------------------------------|---|
| droite | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal, précisez : <input type="checkbox"/> raccourci <input type="checkbox"/> douloureux |
| gauche | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal, précisez : <input type="checkbox"/> raccourci <input type="checkbox"/> douloureux |

##### Ischio-jambiers

- |        |                                 |   |
|--------|---------------------------------|---|
| droite | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal, précisez : <input type="checkbox"/> raccourci <input type="checkbox"/> douloureux |
| gauche | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal, précisez : <input type="checkbox"/> raccourci <input type="checkbox"/> douloureux |

##### Iliopsoas

- |        |                                 |   |
|--------|---------------------------------|---|
| droite | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal, précisez : <input type="checkbox"/> raccourci <input type="checkbox"/> douloureux |
| gauche | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal, précisez : <input type="checkbox"/> raccourci <input type="checkbox"/> douloureux |

##### Quadriceps

- |        |                                 |   |
|--------|---------------------------------|---|
| droite | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal, précisez : <input type="checkbox"/> raccourci <input type="checkbox"/> douloureux |
| gauche | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> anormal, précisez : <input type="checkbox"/> raccourci <input type="checkbox"/> douloureux |

### 6.2 EXAMEN DES HANCHES, DE L'AINE ET DE LA CUISSE

#### Souplesse de la hanche

##### Flexion / Extension

droite \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

##### Rotation interne (flexion 90°)

droite \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

##### Rotation externe(flexion 90°)

droite \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

##### Abduction

droite \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

#### Sensibilité à la palpation de l'aine

droite  non  pubis  canal inguinal

gauche  non  pubis  canal inguinal

### 6.3 EXAMEN DU GENOU

#### Axe de l'articulation du genou

- |        |                                 |                                     |                                      |
|--------|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| droit  | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> genu varum | <input type="checkbox"/> genu valgum |
| gauche | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> genu varum | <input type="checkbox"/> genu valgum |

#### Flexion / Extension

droite \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

gauche \_\_\_\_\_ ° / \_\_\_\_\_ ° douloureux  non  oui

#### Test de Lachman

- |        |                                 |                            |                             |                              |
|--------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 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"/> +++ |

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

- |        |                                 |                            |                             |                              |
|--------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 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"/> +++ |

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

- |        |                                 |                            |                             |                              |
|--------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 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"/> +++ |

#### Valgus forcé, en extension

- |        |                                 |                            |                             |                              |
|--------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 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"/> +++ |

<b>Valgus forcé, 30° de flexion</b>	
droite	<input type="checkbox"/> normal
gauche	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++
<b>Varus forcé, en extension</b>	
droite	<input type="checkbox"/> normal
gauche	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++
<b>Varus forcé, 30° de flexion</b>	
droite	<input type="checkbox"/> normal
gauche	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++

## 7. RÉSUMÉ 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

## 6.4 EXAMEN DE LA JAMBE, DE LA CHEVILLE ET DU PIED

<b>Sensibilité de la cheville</b>			
droite	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
gauche	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
<b>Signe de tiroir antérieur</b>			
droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++
		<input type="checkbox"/> +++	<input type="checkbox"/> +++
<b>Dorsiflexion</b>			
droite	— °	douloureux	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
gauche	— °	douloureux	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>Flexion plantaire</b>			
droite	— °	douloureux	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
gauche	— °	douloureux	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>Supination totale</b>			
droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
<b>Pronation totale</b>			
droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> diminuée	<input type="checkbox"/> accrue
<b>Articulation métatarsienne</b>			
droite	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologique	
gauche	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologique	

## 8. MÉDECIN EXAMINATEUR ET INSTITUTION

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Courriel

Date :

Signature :

