

TIV / GTC / 866

	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC_FOR_031054
		Version :	1,00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Avis de confidentialité :

Simfer SA est membre du groupe Rio Tinto et s'engage à protéger la santé et la sécurité de ses employés et des visiteurs de ses opérations en Guinée. Une autorisation médicale est requise avant de travailler pour le projet Simandou.

L'évaluation médicale complétée doit être soumise à simfermedicalteam@riotinto.com pour approbation. Une évaluation approuvée est valable 12 mois.

Les données personnelles demandées sur ce formulaire (vos **données personnelles**) comprennent des informations de santé détaillées vous concernant et sont nécessaires aux fins de :

- déterminer si vous êtes apte à travailler sur le projet Simandou
- vous fournir des soins médicaux appropriés si nécessaire
- s'assurer que vous avez tous les vaccins obligatoires
- s'assurer que vous avez reçu et reçu les vaccins hautement recommandés

Nous recueillons ces informations sur la santé car travailler sur le projet Simandou présente des risques sanitaires importants. Cela comprend un accès limité aux installations et services médicaux, des retards dans l'évacuation médicale et toute une série d'autres maladies transmises par des vecteurs et infectieuses.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale de Simfer pour le projet Simandou. Si des anomalies médicales sont constatées sur votre formulaire d'évaluation, l'équipe médicale de Simfer peut partager vos données personnelles avec un médecin externe engagé pour fournir des services à Rio Tinto. Vos données personnelles ne seront partagées avec personne d'autre, sauf si vous avez besoin d'un traitement médical urgent et/ou si vous devez être évacué en raison d'un problème médical grave. Dans de telles circonstances, vos données personnelles peuvent devoir être partagées avec l'équipe de santé de Rio Tinto ou d'autres professionnels de la santé fournissant des services à Rio Tinto tels que Medilink International et International SOS, ou votre assureur (sur la base du strict « besoin de savoir »).

Rio Tinto s'appuie sur ses intérêts légitimes pour traiter ces données personnelles vous concernant, et notamment sur son intérêt à garantir la santé et la sécurité au travail. Vos données personnelles seront conservées conformément aux exigences légales en matière de conservation des dossiers médicaux.

norme de confidentialité des données de Rio Tinto (disponible sur <https://www.riotinto.com/sustainability/policies>), vous disposez de droits en matière de confidentialité des données, notamment le droit de demander l'accès ou la rectification des dossiers contenant vos données personnelles et d'obtenir des informations sur le traitement des données. Pour exercer les droits des personnes concernées décrits dans la norme de confidentialité des données, veuillez contacter Simfermedicalteam@riotinto.com ou envoyer un e-mail à askE&C@riotinto.com.

Reconnaissance et consentement : Je confirme avoir lu la présente politique de confidentialité et accepter le traitement de mes données personnelles (y compris mes informations de santé) tel que décrit ci-dessus. Je comprends également que le traitement de mes données personnelles (y compris mes informations de santé) peut être entrepris si nécessaire pour se conformer aux obligations légales de Rio Tinto et que lorsque le traitement de mes données personnelles (y compris mes informations de santé) est basé sur mon consentement, je peux retirer ce consentement en informant Simfermedicalteam@riotinto.com

Nom en caractères d'imprimerie :

Signature: 

Date: 10/04/2025

 	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR_031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
MAG 2_ Evaluation médicale annuelle			

Confidentiel Questionnaire de santé	
L'employé/candidat doit remplir la section A (page 8) avant la nomination.	
Veuillez imprimer une copie du formulaire en pages individuelles et la présenter au médecin examinateur le jour du rendez-vous.	
Les formulaires complétés à la main ne seront pas acceptés. Veuillez remplir le formulaire en français.	
Médecin examinateur : Veuillez examiner les réponses fournies dans la section A avec l'employé/le candidat le jour du rendez-vous. Veuillez remplir la section B du formulaire en français.	
☐ Travaux principalement en surface, mais pouvant aller jusqu'au sous-sol	☐ Grandes villes uniquement (aucun déplacement vers un site éloigné requis)

Liste de contrôle pour l'évaluation annuelle de la santé MAG 2	
Formulaire de questionnaire de santé	Toutes les sections
Examen physique	- Signes vitaux et examen physique - Impression mentale générale (aucun examen psychiatrique requis) - Impression dentaire générale (aucun examen dentaire requis)
Vision et audition	- Acuité visuelle (avec et sans aide) - Champs visuels (les deux yeux) - Vision des couleurs - Audiométrie (gauche et droite) - obligatoire en cas d'exposition
Imagerie/Rayons X	- Radiographie pulmonaire (AP) pour les postes critiques pour la sécurité et les groupes exposés
Test de dépistage de la tuberculose	- Non requis
Spirométrie/Test de la fonction pulmonaire	- Spirométrie/Test de fonction pulmonaire requis en cas d'exposition
ECG/Electrocardiogramme	- ECG de repos (requis pour les personnes de plus de 40 ans. Pour les personnes de moins de 40 ans, à réaliser si cela est cliniquement indiqué) - ECG de stress/équivalent (par exemple, test de Chester) (si cela est cliniquement indiqué ; à considérer pour tous les diabétiques et les personnes présentant de multiples facteurs de risque cardiaque)
Test de dépistage de drogues et d'alcool	Requis
Vaccinations de voyage	Prophylaxie contre le paludisme Fièvre jaune
Analyses de sang et d'urine	- Glycémie (à jeun) - Fonctions rénales - Test de la fonction hépatique - Profil lipidique

	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Liste de contrôle pour l'évaluation annuelle de la santé MAG 2	
	- HbA1C - Numération/panel sanguin complet, y compris numération différentielle - Analyse d'urine/bandelette urinaire
Questionnaire sur la haute altitude	À compléter si des travaux ou une visite sur le site de haute altitude sont nécessaires – non requis sur le projet Simandou

Évaluation des risques pour la santé

a) Risques sanitaires spécifiques au site

Nom du site, emplacement	Évaluation des risques sanitaires du pays (Portail SOS International)	Évaluation des risques HSES du site	Risques potentiels pour la santé du site	Contrôle de santé et vaccinations pour atténuer les risques
Simandou Projet SimFer, Guinée	Extrême		- Voyages assis pendant de longues heures (en particulier les longs courriers > 6 heures) - Lieux médicaux à haut risque avec services médicaux limités, - Vaccinations obligatoires et prophylaxie médicale. - Climat tropical. - Paludisme endémique, - Autres maladies infectieuses, - Phase de construction (stress élevé, environnement de travail exigeant) - Environnement extrêmement poussiéreux	- Vaccination contre la fièvre jaune - Prophylaxie du paludisme, - Sensibilisation aux maladies infectieuses. - Santé respiratoire - Problèmes de santé chroniques - Médicaments à long terme - Sensibilisation aux extrêmes climatiques (humidité, pluie, froid, chaleur) - Risque de TVP

b) Contre-indications médicales relatives au déploiement/voyage

Contre-indications relatives
Conditions médicales qui déclenchent des examens/tests cliniques supplémentaires nécessaires pour confirmer le diagnostic et la gravité des conditions médicales identifiées.



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Les conditions énumérées nécessitent des tests cliniques, une imagerie ou un suivi supplémentaire pour évaluer la gravité et les implications de la condition sur l'aptitude à travailler, à voyager ou à occuper des postes spécifiques.

Ce tableau aide les professionnels de la santé à évaluer les conditions qui peuvent nécessiter une enquête plus approfondie avant de déterminer l'aptitude d'un individu à jouer un rôle professionnel, à voyager ou à être déployé de manière spécifique.

Condition	Critères d'évaluation/Valeurs absolues
Troubles sanguins	
1. Anémie / Troubles sanguins	Hémoglobine < 12 g/dL (pour les femmes), < 13 g/dL (pour les hommes)
2. Polyglobulie/Erythrocytose	Hémoglobine > 18 g/dL (hommes), > 16,5 g/dL (femmes) ; Hématocrite > 52 % (hommes), > 47 % (femmes)
Affections cardiovasculaires	
3. Anomalies du rythme cardiaque et de la conduction	Résultats de l'ECG : rythme irrégulier, fréquence cardiaque anormale (par exemple, > 100 bpm ou < 60 bpm chez les adultes au repos).
4. Souffles cardiaques, valvulopathies et pathologies cardiaques	- Souffle de grade détecté (1 à 6) à l'auscultation ; une échocardiographie peut être nécessaire pour une investigation plus approfondie. - Résultats échocardiographiques : régurgitation importante, sténose avec gradient de pression > 50 mmHg ou surface valvulaire < 1,0 cm² - Problèmes actifs d'insuffisance cardiaque, d'arythmies ou d'infarctus du myocarde.
5. Patients ayant subi un pontage coronarien	Antécédents de pontage aortocoronarien (PAC) ; une fraction d'éjection < 40 % peut indiquer une mauvaise fonction cardiaque
Troubles endocriniens et métaboliques	
6. Pathologie rénale	DFG < 60 mL/min/1,73 m² pendant > 3 mois, taux de créatinine élevés > 1,2 mg/dL pour les femmes ou > 1,4 mg/dL pour les hommes
7. Diabète sucré Incontrôlé (type I ou II)	- HbA1c > 6,5% pour le diagnostic. - Glycémie aléatoire > 200 mg/dL ou - Glycémie à jeun > 126 mg/dL. - Difficulté à maintenir le contrôle glycémique.
Affections respiratoires	
8. Trouble restrictif des voies respiratoires	- CVF (Capacité Vitale Forcée) réduite < 80 % des valeurs prédites. - Rapport VEMS1/CVF > 70 %
9. BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive)	- VEMS1/CVF < 70 %, - VEMS1 < 80 % de la valeur prédite
Affections psychiatriques et psychologiques	



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

10. Pathologie psychologique/ Psychiatrique	- Diagnostic des troubles de santé mentale (par exemple, dépression, anxiété, schizophrénie) selon les critères de la CIM-10/CIM-11. - Gravité évaluée à l'aide de questionnaires standardisés (par exemple, PHQ-9 pour la dépression)
Déficiences sensorielles et fonctionnelles	
11. Perte auditive	Audiométrie : perte auditive > 25 dB dans une ou les deux oreilles
Affections ophtalmologiques	- Acuité visuelle < 6/12 dans un œil ou les deux yeux. - Toute pathologie oculaire importante (par exemple, glaucome, cataracte, rétinopathie diabétique)
Infections et troubles neurologiques	
12. Infections actives	Présence d'infections actives : fièvre > 38°C, culture positive ou signes cliniques d'infection systémique
13. Maladies neurologiques	Affections neurologiques diagnostiquées (par exemple, accident vasculaire cérébral, épilepsie, maladie de Parkinson) ; symptômes incluant une faiblesse persistante, une perte sensorielle ou une démarche anormale
Antécédents chirurgicaux et pathologies suspectées	
14. Affections chirurgicales suspectées	Résultats cliniques ou d'imagerie suggérant la nécessité d'une intervention chirurgicale (par exemple, hernie, appendicite, calculs biliaires) ou suspicion médicale d'une pathologie chirurgicale
15. Ablation ou transplantation d'organe majeur	Antécédents chirurgicaux de pneumonectomie, splénectomie, néphrectomie, etc.

c) Contre-indications médicales absolues pour le déploiement/voyage

Contre-indications absolues	
Conditions médicales susceptibles de restreindre les déplacements ou d'avoir un impact sur l'aptitude au travail. Il s'agit de contre-indications absolues, décrivant les conditions médicales et les critères cliniques qui empêcheraient un individu de voyager ou de travailler dans des environnements à haut risque comme le projet Simandou.	
Affections cardiovasculaires	
1. Fibrillation ou flutter auriculaire WPW Syndrome de Wolff-Parkinson-White	ECG : fibrillation/flutter auriculaire documenté ou syndrome de WPW provoquant une instabilité
2. Valvulopathie fonctionnelle (Niveau III ou supérieur)	Constatations échocardiographiques : - Régurgitation importante, - Sténose avec gradient de pression > 50 mmHg ou - Surface de la valve < 1,0 cm²
3. Insuffisance cardiaque	- Insuffisance cardiaque sévère (classe NYHA III-IV). - Fraction d'éjection < 35 %
4. Cardiomyopathie hypertrophique ou dilatée	Diagnostic échocardiographique. - Hypertrophie ventriculaire gauche > 15 mm, ou - Cardiomyopathie dilatée avec FE < 40 %



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

5. Angine instable	- Symptômes survenant au repos ou avec un effort minimal. - Résultats de l'angiographie coronaire indiquant une lésion à haut risque
6. Tachycardie paroxystique supraventriculaire sans traitement	ECG : épisodes de tachycardie ventriculaire secondaire non contrôlés par des médicaments ou des interventions
7. Bloc AV du deuxième ou du troisième degré sans traitement	ECG : preuve d'un bloc AV complet sans implantation de stimulateur cardiaque
8. Hypertension non contrôlée	- Pression artérielle > 180/110 mmHg malgré le traitement. - Preuve de lésions organiques dues à l'hypertension chronique
Affections neurologiques	
9. Histoire de la thrombose veineuse cérébrale	Événements récents ou récurrents ; preuve de déficits neurologiques résiduels
10. Épilepsie avec crise (au cours des 12 mois)	Antécédents de crises au cours de la dernière année, sans crise depuis 10 ans sans traitement (pour les conducteurs, les hauteurs, la sécurité critique)
Affections respiratoires	
11. Hypertension pulmonaire	Pression artérielle pulmonaire > 25 mmHg au repos ou > 30 mmHg à l'effort
12. BPCO sévère (VEMS < 40 %)	VEMS1 < 40 % de la valeur prédite ; symptômes d'insuffisance respiratoire malgré un traitement optimal
13. Tuberculose pulmonaire active	- Culture d'expectorations positive, - Résultats de la radiographie thoracique, ou - Signes cliniques d'infection systémique
14. Asthme (crises récurrentes)	- Crises graves multiples nécessitant une intervention d'urgence. - Asthme instable avec hospitalisations fréquentes
Affections rénales et endocriniennes	
15. Insuffisance rénale et maladies rénales	- DFG < 30 mL/min/1,73 m² ; Créatinine > 2,0 mg/dL ou - Antécédents d'insuffisance rénale aiguë
16. Diabète de type 1 (avec complications dégénératives)	- Preuve de néphropathie, de rétinopathie, de neuropathie ou - Complications cardiovasculaires liées au diabète
17. Maladies surrénaliennes	Maladie surrénalienne active ou instable nécessitant une prise en charge médicale continue (par exemple, maladie d'Addison)
Affections vasculaires et thrombotiques	
18. Thrombose veineuse profonde (au cours des 6 derniers mois)	Preuve d'une TVP récente ; résultats positifs à l'échographie Doppler ou à la TDM
19. Troubles liés au sang	Anémie avec hémoglobine inférieure à 12 ; Maladies hématologiques malignes, troubles de la coagulation si le risque de thrombose ou de saignement est élevé



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

20. Antécédents de pneumothorax spontané ou récurrent	▪ Pneumothorax spontané récurrent ou pneumothorax récent nécessitant une intervention
Affections Hépatiques et Gastro-intestinales	
21. Hémorragie gastro-intestinale secondaire à une maladie néoplasique	▪ Saignement actif ou récurrent dû à une affection maligne gastro-intestinale
22. Hépatite B virale active et compliquée	▪ Enzymes hépatiques élevées, jaunisse, hypertension portale ou insuffisance hépatocellulaire
Obésité et troubles associés	
23. IMC > 40 kg/m ²	▪ Obésité classe III, ▪ IMC > 40 kg/m ² avec complications (par exemple, apnée du sommeil, hypertension, diabète)
Cancer et maladies malignes	
24. Maladies malignes	▪ Tumeur maligne active avec métastases ou traitement de chimiothérapie/radiothérapie en cours. ▪ Examinés individuellement, en tenant compte de l'histoire naturelle et du pronostic du néoplasme. ▪ Inapte au travail compte tenu des limites du système de santé local.
Problèmes de santé mentale	
25. Troubles psychiatriques graves	▪ Dépression grave, psychose, trouble bipolaire ou schizophrénie interférant avec le rendement au travail ou la sécurité
Affections visuelles et auditives	
26. Perte auditive fonctionnelle > 40 dB	▪ Audiométrie : une perte auditive fonctionnelle supérieure à 40 dB dans la meilleure oreille à 500, 1 000 et 2 000 Hz, ou à 60 dB à 3 000 et 4 000 Hz, constitue un motif d'inaptitude à occuper des postes critiques pour la sécurité.
27. Vision monoculaire	▪ Acuité visuelle < 6/12 dans un œil ; ne convient pas aux rôles critiques pour la sécurité nécessitant une vision binoculaire
Affections chirurgicales et physiques	
28. Grossesse (compliquée)	▪ Complications telles que la prééclampsie, les grossesses multiples, les comorbidités ou les complications affectant la mobilité
29. Intervention chirurgicale majeure récente	▪ Période de récupération < 6 semaines après une intervention chirurgicale majeure ou des complications nécessitant une récupération prolongée
30. Conditions chirurgicales (jusqu'au traitement)	▪ Affections nécessitant une intervention chirurgicale (par exemple, hernie, appendicite, calculs biliaires) ou en attente d'une intervention chirurgicale
Troubles cutanés et sensoriels	
31. Affections cutanées	▪ Affections cutanées aggravées par l'exposition au travail ou interférant avec les EPI (par exemple, eczéma sévère, brûlures)
32. Maladies incurables de l'oreille interne	▪ Troubles de l'équilibre, vertiges, mal des transports sévères compromettant la capacité à travailler en toute sécurité
Affections de la colonne vertébrale et de l'appareil locomoteur	
33. Maladies de la colonne vertébrale	▪ Mobilité limitée ou incapacité à soulever des charges lourdes ou à utiliser des machines en toute sécurité.

 	Système de gestion HSEC	<table border="1"> <tr> <td>Doc. Non.</td> <td>HSEC FOR 031054</td> </tr> <tr> <td>Version :</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Préparé par</td> <td>CAP Medilink</td> </tr> <tr> <td>Révisé par</td> <td>Dr. Sékou Camara</td> </tr> <tr> <td>Approuvé par :</td> <td>Leon Payne</td> </tr> <tr> <td>Date d'approbation :</td> <td>06/02/2025</td> </tr> </table>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054	Version :	1,00	Préparé par	CAP Medilink	Révisé par	Dr. Sékou Camara	Approuvé par :	Leon Payne	Date d'approbation :	06/02/2025
Doc. Non.		HSEC FOR 031054												
Version :		1,00												
Préparé par		CAP Medilink												
Révisé par		Dr. Sékou Camara												
Approuvé par :	Leon Payne													
Date d'approbation :	06/02/2025													
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle													

	Maladies de la colonne vertébrale - hernies discales, discopathies dégénératives pour les postes nécessitant de soulever des charges lourdes ou de conduire des poids lourds et des opérateurs d'équipement
Affections immunologiques	
34. Traitement immunosuppresseur	Utilisation de médicaments immunosuppresseurs ou de traitements affectant la fonction immunitaire et augmentant le risque d'infection

 	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR_031054
		Version :	1,00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Section A

Renseignements personnels

Renseignements personnels	
Prénom de l'employé	KOMIVI
Nom de l'employé	HOUDEGANZI
Deuxième(s) prénom(s)	ALAIN
Prénom	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	09-09-1972
Genre	☒ Homme ☐ Femme ☐ Autres ☐ ne souhaitent pas divulguer
Nom de l'employeur/de l'entreprise	GPC
Âge	53 ans
Numéro de passeport (nécessaire en cas d'évacuation)	EB503890
Nationalité	Togo
Numéro de téléphone au travail	628687640 -
Numéro de téléphone à domicile	620778453
Numéro de téléphone portable	
Courriel personnel	alainhoudega@gmail.com
Courriel professionnel	alain.komivi@gpc-groupe.com
Nom du chantier	SIMANDOU
Lieu de travail/localisation (pays d'affectation)	Guinée -
Numéro d'employé	GME 018
Calendrier de rotation (affectations en rotation)	
Vous déménagez dans le pays d'affectation ?	☐ Oui ☐ Non
Langue maternelle	FRANCAIS
Intitulé du poste/poste	ELECTROMECANICIEN
Filiale/division	
Assurance santé personnelle	

 	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR_031054
		Version :	1,00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Renseignements personnels	
Prénom de l'employé	Alain
Numéro d'assurance maladie personnelle	010 - 1657
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence	DJOSOU Marie
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence	620 77 84 53
Relation avec le contact d'urgence	Sa femme
Date de départ (JJ/MM/AAAA)	
Date de retour (JJ/MM/AAAA)	
Parlez-vous anglais ?	☒ Oui ☐ Non
Adresse du domicile	Lambagne

Détails de l'environnement de travail	
Spécificités du chantier (secteur minier)	
☐ Laboratoire du camp de terrain ☐ souterrain ☐ ☐ Grandes villes uniquement (pas de travail sur site distant ni de déplacement offshore requis) ☐ Centre de service ☐ Laboratoire	
Type de mine	
☐ Atelier mécanique ☐ Camping ☐ Or ☐ Cuivre ☐ Charbon ☐ Atelier mécanique de la plate-forme terrestre ☐ Salt ☐ Diamond	
Un site éloigné est défini comme un site de travail situé à plus de 4 heures d'un établissement médical secondaire ou tertiaire.	
Localisation actuelle	☐ À la maison ☐ Sur le lieu de travail
Si ailleurs, veuillez préciser la ville et le pays les plus proches.	

	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR_031054
		Version :	1.00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Antécédents médicaux personnels

Dossier de maladie	
Avez-vous eu des périodes de maladie au cours des 2 dernières années ? (hors rhume et grippe)	☐ Oui ☒ Non
Si « Oui », veuillez compléter les éléments suivants :	
Veuillez indiquer les périodes de maladie. (y compris le nombre de jours de repos par épisode)	Veuillez indiquer le motif de l'absence (type de maladie).
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Histoire professionnelle			
Veuillez énumérer les quatre titres de poste précédents	De (AAAA)	À (AAAA)	Nom de l'entreprise
SOGEA-SATON	2005	2021	SOGEA-SATON.
Détails, le cas échéant			



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Risques professionnels			Exposition/blessure professionnelle antérieure		
	Oui	Non		Oui	Non
Serez-vous amené à effectuer des tâches au sein d'une équipe d'intervention d'urgence ?	☒	☐	Bruit	☒	☐
Devrez-vous porter un respirateur ?	☐	☒	Poussières (en particulier poussières de silice) et amiante :	☒	☐
Allez-vous travailler en hauteur ?	☒	☐	Produits chimiques toxiques	☒	☐
Allez-vous travailler dans des espaces confinés ?	☐	☒	Épuisement dû à la chaleur ou coup de chaleur	☒	☐
Avez-vous déjà reçu une indemnisation liée à un accident du travail ?	☐	☒			

Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir des détails :

Sélectionnez les tâches les plus fréquentes à effectuer.

☒ S'asseoir	☒ Conduire	☐ Squatter	☒ Monter aux échelles	☒ Travail informatique
☐ Rester	☒ Pousser/Tirer	☒ S'agenouiller	☒ Soulever/porter du poids	☒ Portée du travail au-dessus des épaules
☒ Marcher	☐ Atteindre	☒ Monter les escaliers	☒ Utilisation de la main/des doigts	

Questionnaire audio/auditif

(ne remplissez cette section que si un audiogramme doit être effectué conformément à la liste des spécifications médicales)

Avez-vous déjà travaillé dans des environnements bruyants ?	☐ Oui ☐ Non
Portez-vous des appareils auditifs ?	☐ Oui ☐ Non
Est-ce qu'un membre de votre famille a des problèmes d'audition ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des bruits irritants dans la tête ou les oreilles (acouphènes) ?	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous des problèmes tels qu'un excès de cérumen, des infections ou des blocages de l'oreille ?	☐ Oui ☐ Non



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Participez-vous à des activités bruyantes telles que des courses de moto/voiture, du tir, etc. ?	☐ Oui ☒ Non
Portez-vous des protections auditives au travail ? (Si « oui », veuillez préciser)	☒ Oui ☐ Non
Avez-vous déjà eu : une méningite, des oreillons, une rougeole, une scarlatine, un rhumatisme articulaire aigu ou une tuberculose ? (Si « oui », veuillez préciser)	☐ Oui ☒ Non

Questionnaire sur la tuberculose	
La toux dure plus de 2 semaines ?	☐ Oui ☒ Non
Hémoptysie (crachats de sang) ?	☐ Oui ☒ Non
Fièvre/Frissons/Température ?	☐ Oui ☒ Non
Des sueurs nocturnes abondantes sans raison ?	☐ Oui ☒ Non
Fatigue/Faiblesse ?	☒ Oui ☐ Non
Anorexie (perte d'appétit) ?	☐ Oui ☒ Non
Perte de poids inexpliquée > 5 kg/11 lb par mois ?	☐ Oui ☒ Non
Avez-vous été en contact avec une personne connue pour être atteinte de tuberculose ?	☐ Oui ☒ Non
Dépistage antérieur de la tuberculose (si « Oui », veuillez fournir les résultats) ?	☐ Oui ☒ Non
Vous avez reçu le vaccin BCG (Bacille Calmett-Guérin) ?	☐ Oui ☒ Non
Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser la date approximative et si elle est en cours ou résolue :	

Questionnaire sur la somnolence d'Epworth – si travailleurs postés (poste de nuit)				
Les informations ci-dessous sont utilisées pour évaluer votre propension à vous endormir pendant la journée. Veuillez cocher la case appropriée. 0 = Aucune chance de somnoler 1 = Faible risque de somnolence 2 = Risque modéré de somnolence 3 = Fort risque de somnoler				
Situation	0	1	2	3
Assis et lisant	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Regarder la télévision	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Rester assis inactif dans un lieu public (par exemple, un théâtre ou une réunion)	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
En tant que passager dans une voiture pendant une heure sans pause	☒ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
S'allonger pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	☐ 0	☒ 1	☐ 2	☐ 3



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

S'asseoir et parler à quelqu'un	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Assis tranquillement après le déjeuner sans alcool	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Dans une voiture, arrêtée pendant quelques minutes dans la circulation	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
SCORE TOTAL	1			

Questionnaire de dépistage de santé

Avez-vous déjà eu ou ressentez-vous actuellement l'un des symptômes et/ou conditions ci-dessous ? Si vous n'êtes pas sûr de la terminologie, veuillez demander de l'aide au médecin examinateur ou à l'infirmière. Si vous répondez « Oui » à l'une des questions, veuillez indiquer l'année au cours de laquelle l'affection est survenue. Si vous avez déjà répondu à la question dans la section sur les respirateurs ci-dessus, il n'est pas nécessaire de répéter votre réponse.

Groupe sanguin:

☐ O+	☐ O-	☒ A+	☐ A-	☐ B+	☐ B-	☐ AB+	☐ AB-
-----------------------------	-----------------------------	--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------	------------------------------

Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?

☐ Oui ☒ Non

Avez-vous une objection à recevoir une transfusion sanguine en cas d'urgence ?

☐ Oui ☒ Non

Neurologique		Oui	Non	Gastro-intestinal		Oui	Non			Oui	Non
1. Épilepsie/crises d'épilepsie		☐	☒	20. Calculs biliaires		☐	☒	41. Différences de longueur des jambes		☐	☒
2. AVC		☐	☒	21. Maladie de Crohn		☐	☒	42. Capable de porter des bottes de sécurité		☐	☒
3. Migraines		☐	☒	22. Colite ulcéreuse		☐	☒	Affections cardiaques		Oui	Non
4. Myasthénie grave		☐	☒	23. Pancréatite		☐	☒	43. Crise cardiaque		☐	☒
5. Maladie de Parkinson		☐	☒	24. Vomissements de sang		☐	☒	44. Angioplastie		☐	☒
6. Sclérose en plaques		☐	☒	25. Perte de poids inexpliquée > 5 kg par mois		☐	☒	45. Stent		☐	☒
7. Manganisme (toxicité du manganèse)		☐	☒	26. Diarrhée chronique		☐	☒	46. Fibrillation auriculaire		☐	☒
Oreille, nez et gorge		Oui	Non	27. Saignement rectal		☐	☒	47. Flutter auriculaire		☐	☒
8. Perte auditive		☐	☒	28. Hépatite B		☐	☒	48. Dispositif cardiaque implantable		☐	☒
9. Neurinome de l'acoustique		☐	☒	29. Hépatite C		☐	☒	49. Stimulateur cardiaque		☐	☒
10. Sinusite		☐	☒	30. Ulcère gastroduodénal		☐	☒	50. Pontage coronarien		☐	☒
11. Rhume des foins		☐	☒	31. Brûlures d'estomac		☐	☒	51. Hypertension artérielle		☐	☒
Vision		Oui	Non	Musculosquelettique		Oui	Non	52. Thrombose veineuse profonde		☐	☒
12. Problèmes d'équilibre		☐	☒	32. Doigt blanc		☐	☒	53. Embolie pulmonaire		☐	☒
13. Maladie de Ménière		☐	☒	33. Maux de dos		☐	☒	Affections pulmonaires		Oui	Non
14. Cécité		☐	☒	34. Chirurgie du dos		☐	☒	54. Asthme		☐	☒
15. Décollement de la rétine		☐	☒	35. Douleurs cervicales		☒	☒	55. Emphysème		☐	☒
				36. Chirurgie du cou		☐	☒	56. Bronchite chronique		☐	☒



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

16. Glaucome	☐	☒	37. Anomalies du genou	☐	☒	57. Silicose	☐	☒
17. Déficience de la vision des couleurs	☐	☒	38. Anomalies de l'épaule	☐	☒	58. Asbestose	☐	☒
18. Lentilles de contact	☐	☒	39. Anomalies de la hanche	☐	☒	59. Tuberculose	☐	☒
19. Lunettes	☒	☐	40. Anomalies de la cheville	☐	☒	Affections des voies urinaires	Oui	Non
			Reproducteur (femelles)	Oui	Non	60. Urolithiase ou infections urinaires	☐	☒
			Etes-vous actuellement enceinte ?	☐	☒	61. Maladie rénale chronique	☐	☒

Autres:

Vision des couleurs

Si oui, veuillez préciser à quelles couleurs :

Rouge ☐Jaune ☐Vert ☐Bleu ☐

Veuillez préciser si vous avez répondu « oui » à l'une des questions (par exemple, insérez le numéro de la question concernée puis précisez) :

Diabète (à compléter uniquement si vous êtes diabétique)	Oui	Non	Année
Utilisez-vous de l'insuline ?	☐	☐	
Testez-vous votre taux de glucose ?	☐	☐	
Avez-vous déjà souffert d'hypoglycémie ?	☐	☐	
Votre taux d'HbA1C est-il testé deux fois par an (analyses sanguines trimestrielles) ?	☐	☐	
Êtes-vous en mesure de vous souvenir de votre niveau d'HbA1C le plus récent ?			

Autres troubles endocrinologiques	Oui	Non	Année
Trouble de la glande thyroïde	☐	☒	
Troubles des glandes surrénales	☐	☒	
Troubles de l'hypophyse	☐	☒	
Troubles parathyroïdiens	☐	☒	
Autre			



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Autres troubles
endocrinologiques

Oui

Non

Année

Veuillez préciser si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions :

Antécédents chirurgicaux

Veuillez énumérer toutes les interventions chirurgicales antérieures.

Année

Raison

Vous a-t-on conseillé de subir une intervention chirurgicale dans les 3 prochains mois ?

☐

Oui

☐

Non

Quel type de chirurgie avez-vous subi ?

Allergies

Oui

Non

Taper

Nourriture

☒☐

Conne à manger; Nib'ne

Médicament

☐☒

Tissus/Vêtements

☐☒

Produits chimiques

☐☒

Avez-vous une injection d'adrénaline/EpiPen sur vous ?

☐☒

Perte de poids inexplicée > 5 kg/11 lb par mois ?

☐☒

Hospitalisation antérieure pour allergies

☐☐

Affections dentaires

Avez-vous actuellement mal aux dents ?

☐ Oui☒ Non

Avez-vous besoin d'un implant/d'une couronne dentaire ?

☐ Oui☒ Non

Bien-être émotionnel

Avez-vous déjà souffert de :

Oui

Non

Année

Avez-vous déjà sollicité des conseils ou des soins auprès d'un professionnel de la santé ?

☐☒



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Dépression	☐	☒	
Trouble bipolaire (maniaco-dépression)	☐	☒	
Schizophrénie	☐	☒	
Trouble de stress post-traumatique	☐	☒	
Thérapie par électrochocs	☐	☒	
Trouble du déficit de l'attention	☐	☒	
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	☐	☒	
Anxiété	☐	☒	
Crises de panique	☐	☒	
Stress lié au travail	☐	☒	

Questionnaire psychologique				
Au cours des deux dernières semaines, avez-vous déjà été dérangé par l'un des problèmes suivants ?	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Se sentir déprimé, déprimé ou désespéré	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Se sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Manque d'appétit ou suralimentation	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Avoir le sentiment d'être un échec ou d'avoir laissé tomber soi-même ou sa famille	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Difficulté à se concentrer sur certaines choses, comme lire le journal ou regarder la télévision	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Bouger ou parler si lentement que d'autres personnes auraient pu le remarquer. Ou le contraire : être agité ou agité au point de bouger beaucoup plus que d'habitude.	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Pensées selon lesquelles il serait préférable que vous soyez mort ou que vous vous blessiez d'une manière ou d'une autre	0 ☒	1 ☐	2 ☐	3 ☐
Score total	0			

Note au médecin légiste : un score total ≥ 9 est considéré comme un questionnaire de dépistage positif.



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Autres – Maladies/phobies infantiles, etc.

Condition	Oui	Non	Condition	Oui	Non
Varicelle	☒	☐	Maladies tropicales/infectieuses	☐	☒
Rougeole	☒	☐	Tumeur/cancer ou tumeur maligne	☐	☒
Oreillons	☐	☒	Claustrophobie (Peur des espaces confinés)	☐	☒
Polio	☐	☒	Peur des hauteurs	☐	☒
Rubéole/rougeole	☐	☒		☐	☒
Rhumatisme articulaire aigu	☐	☒		☐	☐

Utilisation de médicaments

*Veillez indiquer les noms et dosages de tous les médicaments pris **au cours des 4 dernières semaines** (y compris les médicaments en vente libre, les inhalateurs contre l'asthme, les suppléments à base de plantes et les médicaments sur ordonnance). Veuillez également indiquer tous les médicaments contre le rhume et la grippe ainsi que les analgésiques.*

Nom du médicament	Raison d'utilisation	Force et fréquence

Si vous prenez de la warfarine (Coumadin), veuillez répondre aux questions suivantes :

Vous souvenez-vous quand votre dernier niveau d'INR a été vérifié et quel était ce niveau ?

Possédez-vous un appareil d'auto-diagnostic pour surveiller vos niveaux d'INR ? ☐ Oui ☐ Non

 	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Avez-vous déjà ressenti des effets secondaires liés à un traitement antipaludique ? Si « Oui », veuillez préciser :

--

Habitudes personnelles / de vie		
Consommation de tabac		
Fumez-vous ?	Oui	Non
Si « oui », veuillez préciser le nombre d'années (AAAA) : De _____ à _____	☐	☐
Si vous êtes fumeur/ancien fumeur, veuillez remplir la section ci-dessous.		
Cigarettes conventionnelles fumées par jour	☐ <10	☐ 10-19 ☐ ≥20
Cigarette électronique	☐	☐
Pipe à fumer	☐	☐
Tabac à chiquer	☐	☐
Toute autre forme de consommation de tabac, veuillez fournir des détails avec fréquence :		

Consommation d'alcool		
Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ?	Oui	Non
Un membre de votre famille, un ami, un médecin ou un professionnel de la santé s'est-il déjà inquiété de votre consommation d'alcool ou vous a-t-il suggéré de réduire votre consommation d'alcool ?	☐	☒
Au cours de l'année dernière, avez-vous déjà ressenti de la culpabilité ou des remords après avoir bu ?	☐	☒
Au cours de l'année dernière, avez-vous déjà eu besoin d'un verre le matin pour vous donner un coup de fouet pendant une séance de forte consommation d'alcool ?	☐	☒
Avez-vous déjà reçu un traitement/une réadaptation pour alcoolisme/abus d'alcool ?	☐	☒
Nombre d'unités d'alcool par semaine (10 g = 1 canette de bière = 1 verre de vin = 1 verre de nip/spiritueux) :	1 peu de vin	
Veuillez préciser si « Oui » :		



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Consommation de substances

	Oui	Non
Consommez-vous actuellement des substances/drogues de rue ?	☐	☒
Avez-vous reçu un traitement ou une réadaptation pour une toxicomanie ?	☐	☒

Veuillez préciser si « Oui » :

Exercice

	Oui	Non
Faites-vous de l'exercice régulièrement ?	☐	☒

Veuillez préciser si « Oui » avec fréquence :

Questionnaire de voyage : Si vous voyagez en dehors de votre pays d'origine, veuillez remplir cette section

Si vous voyagez en avion pour vous rendre sur votre lieu de travail, Quelle est la durée prévue de votre vol ?	☐ <6 heures	☐ 6 à 12 heures	☐ >12 heures
Avez-vous un certificat de vaccination contre la fièvre jaune valide ?	☒ Oui	☐ Non	
Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) :	2033		
Avez-vous un visa valide pour le(s) pays de mission ?	☐ Oui	☒ Non	
Si « oui », quel type de visa (voyage ou travail) ?			
Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) :			
Êtes-vous entièrement vacciné contre la COVID-19 ?	☒ Oui	☐ Non	
Date (JJ/MM/AAAA) :	2020		

 	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR_031054
		Version :	1.00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Si « oui », nom du vaccin :	V1* ☐	V2** ☐
-----------------------------	------------------------------	-------------------------------

V1* = Vaccination 1 (première dose)

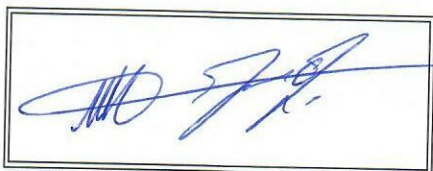
V2** = Vaccination 2 (deuxième dose)

☐ Je certifie par la présente que les informations fournies ci-dessus sont, à ma connaissance, une déclaration véridique.

Conseils de voyage : Veuillez accéder aux guides de pays sur le portail de voyage Rio Tinto - International SOS via le lien

sur www.internationalsos.com, en utilisant votre numéro de membre comme identifiant.

Chaque guide contient des informations médicales (maladies, vaccinations, soins médicaux), de voyage, de sécurité et culturelles par pays. J'ai lu et parcouru le guide du pays. Je suis informé des menaces sanitaires, des vaccinations recommandées et de la disponibilité des soins médicaux propres au pays de mission.



Signature de l'employé/du candidat

10-04-2025

Date (JJ/MM/AA)



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Section B

LE RESTE DE CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

Examen physique (examen par un médecin)

Veillez examiner minutieusement tous les systèmes et détailler toute anomalie médicale détectée. Les examens de l'anus et du rectum, du système génito-urinaire, des seins et les examens pelviens peuvent être différés s'ils sont médicalement appropriés ou ne pas être effectués si le demandeur refuse de les subir.

Si l'employé/candidat refuse/n'est pas prêt à subir un examen spécifique, veuillez documenter cela comme « refusé ».

Signes vitaux

Taille (cm)	169	Poids (kg)	81
Indice de masse corporelle (IMC)	28,42	Température (°C ou °F)	37°C
Respiration (respirations par minute)	20ghr	Rythme du pouls :	☒ Régulier ☐ Irrégulier
Pression artérielle (mmHg) – première mesure	134/87 mmHg	Fréquence du pouls (bpm)	65 pul/hr
Tension artérielle – deuxième lecture après 5 minutes, si la lecture initiale est ≥ 140/90 mmHg		Sat O ₂ %	99%

Examen physique

	Normale	Anormal
Observation de la démarche/posture	☒	
Yeux et pupilles	☒	
Oreille/nez/gorge	☒	
Les dents et la bouche	☒	
Poumons et poitrine	☒	
Cardiovasculaire	☒	
Viscères abdominaux	☒	
Musculosquelettique	☒	
Extrémités et dos	☒	
Peau/varices	☒	
Examen neurologique, Réflexes	☒	
Équilibre (test de Romberg)	☒	
Ganglions lymphatiques	☒	

	Système de gestion HSEC	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Doc. Non.</td> <td>HSEC FOR 031054</td> </tr> <tr> <td>Version :</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Préparé par</td> <td>CAP Medilink</td> </tr> <tr> <td>Révisé par</td> <td>Dr. Sékou Camara</td> </tr> <tr> <td>Approuvé par :</td> <td>Leon Payne</td> </tr> <tr> <td>Date d'approbation :</td> <td>06/02/2025</td> </tr> </table>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054	Version :	1,00	Préparé par	CAP Medilink	Révisé par	Dr. Sékou Camara	Approuvé par :	Leon Payne	Date d'approbation :	06/02/2025
Doc. Non.	HSEC FOR 031054													
Version :	1,00													
Préparé par	CAP Medilink													
Révisé par	Dr. Sékou Camara													
Approuvé par :	Leon Payne													
Date d'approbation :	06/02/2025													
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle													

Examen physique		
Pelvien	✓	
Appareil génito-urinaire	✓	
Orifices herniaires	✓	
Si une hernie est présente :		
Type et taille de la hernie :	Taper	Taille
Risque d'étranglement (évaluer la largeur du col de la hernie) :	☐ Oui	☐ Non

Force de préhension (lecture au dynamomètre non requise) :		
	Normale	Anormal
Main droite :	✓	
Main gauche :	✓	
Veuillez documenter si un examen du système a été refusé.		
Veuillez détailler les anomalies :		

Impression mentale générale (aucun examen psychiatrique requis)	
Cognitif :	normal
Comportementale :	✓
Sociale :	✓

Examen dentaire général (aucun examen dentaire requis)	
J'ai vérifié que la santé bucco-dentaire de la personne est adéquate et qu'aucun travail dentaire évident et immédiat n'est requis.	
L'hygiène bucco-dentaire de l'individu ☒ Normale ☐ Anormale	

RÉSULTATS DES TESTS	
Remarque à l'intention du médecin examinateur : veuillez-vous référer à la liste des spécifications médicales pour confirmer les tests requis pour cet examen médical. Si des frais supplémentaires sont engagés pour la facturation détaillée si seuls certains composants du bilan sanguin, tels que le test de la fonction hépatique/le test de la fonction rénale/le bilan sanguin complet, sont demandés, des tests « par lots » peuvent être effectués à la place.	



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Examen de la vue

Acuité visuelle							Champs visuels	
	Aidé			Sans aide			☒ Normale	☐ Défectueux
Vision de près	L	R	OU	L 10/10	R 10/10	OU	Veuillez préciser si défectueux :	
Vision lointaine	L	R	OU	L 10/10	R 10/10	OU		
Vision des couleurs								
Rouge						Jaune		Bleu

Veuillez détailler les anomalies :

Audiométrie basée sur les groupes d'exposition – requise en cas d'exposition.

Oreille gauche					Oreille droite				
Catégorie HSE	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	Catégorie HSE	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Si anormal, veuillez cocher pourquoi					Si anormal, veuillez cocher pourquoi				
Perte auditive de transmission	☒				Perte auditive de transmission	☒			
Perte auditive neurosensorielle	☒				Perte auditive neurosensorielle	☒			
Perte auditive due à l'âge	☒				Perte auditive due à l'âge	☒			
Perte auditive dans les hautes fréquences	☒				Perte auditive dans les hautes fréquences	☒			



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Audiométrie basée sur les groupes d'exposition – requise en cas d'exposition.

Oreille gauche			Oreille droite		
Perte auditive unilatérale	☐	☐	Perte auditive unilatérale	☐	☐
Perte auditive rapide	☐	☐	Perte auditive rapide	☐	☐
Incertain	☐	☐	Incertain	☐	☐

Système de catégorisation HSE

Catégorie	Calcul	Action
1. Capacité auditive acceptable	Somme des niveaux d'audition à 1, 2, 3, 4 et 6 kHz	Aucun.
2. Déficience auditive légère Audition dans le 20e percentile, c'est-à-dire un niveau d'audition normalement ressenti par 1 personne sur 5. Peut indiquer le développement d'une perte auditive due au bruit	Somme des niveaux d'audition de 1, 2, 3, 4 et 6 kHz. Comparez la valeur avec le chiffre donné pour la tranche d'âge et le sexe appropriés dans le tableau de classification.	Avertissement.
3. Mauvaise audition Audition dans le 5e percentile, c'est-à-dire un niveau d'audition normalement ressenti par 1 personne sur 20. Suggère une perte auditive importante due au bruit.	Somme des niveaux d'audition de 1, 2, 3, 4 et 6 kHz. Comparez la valeur avec le chiffre donné pour la tranche d'âge et le sexe appropriés dans le tableau de classification.	Référence.
4. Perte auditive rapide Diminution du niveau auditif de 30 dB ou plus, Dans un délai de 3 ans ou moins. Un tel changement peut être causé par une exposition au bruit ou par une maladie.	Somme des niveaux d'audition à 3, 4 et 6 kHz.	Référence.

Somme des niveaux d'audition à 1, 2, 3, 4 et 6 kHz

Âge	Hommes		Femmes	
	Niveau d'avertissement	Niveau de référence	Niveau d'avertissement	Niveau de référence
18-24	51	95	46	78
25-29	67	113	55	91
30-34	82	132	63	105
35-39	100	154	71	119
40-44	121	183	80	134
45-49	142	211	93	153
50-54	165	240	111	176
55-59	190	269	131	204
60-64	217	269	157	235

	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Somme des niveaux d'audition à 1, 2, 3, 4 et 6 kHz				
Âge	Hommes		Femmes	
	Niveau d'avertissement	Niveau de référence	Niveau d'avertissement	Niveau de référence
65	235	311	175	255

Tableau de classification	Détails
Catégorie 1	Si la somme des valeurs pour les deux oreilles est inférieure au niveau d'alerte, alors cette personne sera classée dans la catégorie 1.
Catégorie 2	Si la somme pour l'une ou l'autre oreille dépasse ou est égale au seuil d'alerte pour leur âge et leur sexe respectifs, alors l'individu tombera dans la catégorie 2.
Catégorie 3	Si la somme dépasse ou est égale au niveau de référence pour l'une ou l'autre oreille, la personne tombe alors dans la catégorie 3 et doit être orientée vers un avis médical supplémentaire.
Catégorie 4 – Perte auditive rapide	Pour déterminer si une perte auditive rapide s'est produite depuis le dernier examen, il faut faire la somme des seuils auditifs obtenus à 3, 4 et 6 kHz. Si le test précédent a été effectué au cours des 3 dernières années et qu'une augmentation du niveau du seuil auditif de 30 dB ou plus (en tant que somme de 3, 4 et 6 kHz) est constatée, alors cette personne entre dans la catégorie 4 - perte auditive rapide et nécessite une orientation vers un avis médical supplémentaire.
Perte auditive unilatérale	Additionnez les niveaux d'audition à 1, 2, 3 et 4 kHz pour les deux oreilles. Si la différence entre les deux oreilles est supérieure à 40 dB, la personne doit être informée des résultats et orientée vers un spécialiste.

Électrocardiogramme

ECG de repos (requis pour les personnes de plus de 40 ans. Pour les personnes de moins de 40 ans, à réaliser si cela est cliniquement indiqué en fonction du calcul du risque de maladie cardiovasculaire)

www.cvdcheck.org.au

Un ECG à 12 dérivations est nécessaire. L'interprétation informatisée seule n'est pas suffisante. Une interprétation par un médecin légiste est requise.

ECG de repos	☐ Normale	☐ Anormal
ECG de stress ou test de Chester Step Si cela est cliniquement indiqué lors de l'interprétation de l'ECG ; à considérer pour tous les diabétiques et les personnes présentant plusieurs facteurs de risque cardiaque	☐ Normale	☐ Anormal
Si « Anormal », veuillez détailler les anomalies :		

 	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Spirométrie - basée sur les groupes d'exposition - requise en cas d'exposition.		
Il faut au moins 3 coups.		
CVF	☒ Normale	☐ Anormal
VEMS1	☒ Normale	☐ Anormal
Rapport VEMS1/CVF	☒ Normale	☐ Anormal
Interprétation :		

L'interprétation des EFR doit être complétée par une expertise clinique et selon les normes ERS/ATS.

Imagerie – pour les postes critiques en matière de sécurité et les groupes exposés	
Radiographie du thorax	☐ Normale ☐ Anormal
Si la radiographie thoracique n'a pas été réalisée en raison de préoccupations concernant un rayonnement excessif, Veuillez cocher cette case : ☐	
Si « Anormal », veuillez détailler les anomalies :	

Composants de l'analyse d'urine	
pH	☐ Normal ☐ Anormal
Couleur	☐ Normal ☐ Anormal
Densité spécifique	☐ Normal ☐ Anormal
Cétones	☐ Normal ☐ Anormal
Nitrites	☐ Normal ☐ Anormal
Albumine/Protéine	☐ Normal ☐ Anormal
Glucose	☐ Normal ☐ Anormal
Globules rouges	☐ Normal ☐ Anormal
Globules blancs	☐ Normal ☐ Anormal
Bilirubine et urobilinogène	☐ Normal ☐ Anormal



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Composants de l'analyse d'urine

Si « Anormal », veuillez détailler les anomalies :

Dépistage de drogues dans l'urine

Nom du test	Négatif	Positif
1. Amphétamine et méthamphétamine	☐	☐
2. Cannabinoïdes/THC, y compris le THC synthétique	☐	☐
3. Métabolite de la cocaïne	☐	☐
4. Opiacés (codéine et morphine)	☐	☐
5. Benzodiazépines	☐	☐
6. Kétamine	☐	☐

Analyse de sang

Veuillez cocher cette case si vous ne pouvez pas prélever un échantillon de sang en raison de veines en mauvais état.



Nom du test	Dans les limites normales	Hors des limites normales
1. Glycémie à jeun	☐ Normale	☐ Anormal
2. Fonctions hépatiques	☐ Normale	☐ Anormal
3. Fonctions rénales	☐ Normale	☐ Anormal
4. Numération sanguine complète	☐ Normale	☐ Anormal
5. HbA1C	☐ Normale	☐ Anormal
6. Bilan lipidique (cholestérol total, cholestérol LDL, cholestérol HDL, rapport TChol/HDL, rapport TChol/LDL, triglycérides)	☐ Normale	☐ Anormal

Veuillez préciser si anormal :

 	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR_031054
		Version :	1,00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Vaccinations
Les vaccinations recommandées doivent être évaluées en fonction du ou des pays d'affectation. Pour plus d'informations sur les vaccinations recommandées dans chaque pays, veuillez-vous référer à la source suivante : CDC Travel Destinations.
Les vaccinations obligatoires font référence aux vaccinations pour lesquelles les autorités du pays d'affectation peuvent demander une preuve de vaccination à l'entrée dans le pays concerné. Veuillez-vous assurer que la vaccination contre la fièvre jaune est à jour en fonction du ou des pays de transit et d'affectation. Pour plus d'informations, veuillez-vous référer à la source suivante : CDC Yellow Fever.
Veuillez-vous référer à la section du questionnaire de santé dans laquelle l'employé/candidat a déclaré ses maladies infantiles. S'il n'y a aucune preuve de maladie infantile/antérieure, veuillez fournir les vaccinations pertinentes comme indiqué dans la liste des spécifications médicales.
Les niveaux d'immunité contre l'hépatite A et B peuvent être vérifiés avant l'administration des vaccins si les directives de vaccination l'exigent. Si l'employé/candidat doit revenir pour une vaccination de rappel après le rendez-vous, veuillez prendre les dispositions nécessaires directement avec l'employé/candidat.

Vaccinations proposées et administrées				
☐ Hépatite A	☐ Méningite MenACWY	☐ Tétanos	☐ Varicelle	☐ Choléra
☐ Hépatite B	☐ Encéphalite japonaise	☐ Fièvre jaune	☐ ROR	☐ BCG
☐ Rage	☐ Diphtérie	☐ Coqueluche	☐ Typhoïde	☐ Polio
☐ Autres (veuillez préciser) :				

L'employé/candidat a-t-il refusé l'un des vaccins ?	☐ Oui	☐ Non
Déclaration à signer par l'employé s'il refuse une vaccination. « Je déclare par la présente que j'ai refusé l'administration du ou des vaccins mentionnés ci-dessus après avoir été informé de leur recommandation et compte tenu du profil de risque épidémiologique élevé de la Guinée. Ma décision a été prise après avoir reçu toutes les informations relatives au vaccin »		
Si « Oui », précisez :		

 	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR_031054
		Version :	1,00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Prophylaxie contre le paludisme		
Si une prophylaxie contre le paludisme est nécessaire, veuillez prescrire suffisamment de médicaments pour 30 jours.	☐ Oui	☐ Non
Indiquer pour des raisons médico-légales SI APPROPRIÉ :		
Avez-vous fourni des informations générales sur les mesures préventives pour éviter les piqûres de moustiques, sur la façon de reconnaître les premiers symptômes du paludisme et sur la façon de procéder dans les cas suspects qui ont été fournis à l'employé/candidat ?	☐ Oui	☐ Non

Médicament		
☐ Malarone (Atovaquone/Proguanil)	☐ Doxycycline	
☐ Autres	☐ Lariam	
☐ Prescrit	☐ Acheté	☐ Refusé

La conclusion du médecin examinateur	Restriction (le cas échéant)
☐ Apte	☐ Interdiction de travailler en mer
☐ Suivi nécessaire	☐ Interdiction de voyager dans les zones touchées par le paludisme
☐ Apte avec restriction(s) - compléter la section adjacente	☐ Pas de vols long-courriers (risque de TVP)
☐ Temporairement inapte	☐ Fonctions de la vision des couleurs
☐ Choisir de ne pas attribuer une conclusion d'aptitude/Incertain	☐ Levage de charges lourdes
	☐ Pas de levage au-dessus de la tête
	☐ Interdiction de travailler en mer
	☐ Ne pas travailler dans des espaces confinés
	☐ Pas de travail en hauteur
	☐ Pas de vaccins vivants
	☐ Aucun médicament sensible à la sécurité
Commentaires supplémentaires du médecin légiste :	

 	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR_031054
		Version :	1.00
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Référence indiquée			
☐ Médecin	☐ Chirurgien	☐ Ophtalmologiste	☐ Pédiatre
☐ Chirurgien orthopédiste	☐ Psychologue	☐ Neurologue	☐ Diététicien
☐ Médecin Généraliste de famille	☐ Cardiologue	☐ Chirurgien Cardiothoracique	☐ Urologue
☐ Endocrinologue	☐ Néphrologue	☐ Chirurgien ORL	☐ Hématologue
☐ Psychiatre	☐ Gastroentérologue	☐ Neurochirurgien	☐ Spécialiste en maladies infectieuses
☐ Pneumologue	☐ Dermatologue	☐ Gynécologue	☐ Dentiste
Autres (veuillez préciser)			
☐ L'employé/demandeur a été informé de résultats anormaux			
☐ Rapport demandé au médecin de l'employé/du candidat et attente du rapport			
☐ L'employé/candidat n'a pas encore été informé des résultats anormaux, mais prévoit de le faire dans les prochains jours.			

Coordonnées, signature et cachet du médecin légiste	
Nom du centre médical :	
Nom et prénom du médecin légiste :	
Adresse de la rue :	
Numéro de téléphone :	
E-mail :	
Certification	
Je certifie par la présente que les informations fournies sont, à ma connaissance, une déclaration véridique.	
Signature du médecin légiste	

	Système de gestion HSEC	<table border="1"> <tr> <td>Doc. Non.</td> <td>HSEC FOR_031054</td> </tr> <tr> <td>Version :</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Préparé par</td> <td>CAP Medilink</td> </tr> <tr> <td>Révisé par</td> <td>Dr. Sékou Camara</td> </tr> <tr> <td>Approuvé par :</td> <td>Leon Payne</td> </tr> <tr> <td>Date d'approbation :</td> <td>06/02/2025</td> </tr> </table>	Doc. Non.	HSEC FOR_031054	Version :	1,00	Préparé par	CAP Medilink	Révisé par	Dr. Sékou Camara	Approuvé par :	Leon Payne	Date d'approbation :	06/02/2025
Doc. Non.		HSEC FOR_031054												
Version :	1,00													
Préparé par	CAP Medilink													
Révisé par	Dr. Sékou Camara													
Approuvé par :	Leon Payne													
Date d'approbation :	06/02/2025													
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle													

Coordonnées, signature et cachet du médecin légiste

Cachet du médecin examinateur

Date (JJ/MM/AAAA)

Certificat d'aptitude médicale

Prénom de l'employé :

Nom de l'employé :

Date de naissance
(JJ/MM/AAAA) :

Nom de l'employeur/de
l'entreprise

Titre d'emploi :

Commentaires
supplémentaires :

Cet employé/candidat a été examiné par les Lignes directrices et, à mon avis, est

☐ **Apte**

☐ **Inapte**

☐ **Apte avec restrictions**

pour l'emploi sur le lieu d'affectation :

Liste des restrictions (le cas échéant, **informations non médicales uniquement**)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Signature du médecin
examineur



MAG 2_ Evaluation médicale annuelle

Date de signature (JJ/MM/AAAA)	
Date d'expiration (JJ/MM/AAAA)	
Cachet du médecin examineur :	

Certificat de dépistage de drogues

À remplir par un médecin/technicien agréé :

Prénom de l'employé :			
Nom de l'employé :			
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :			
Nom de l'employeur/de l'entreprise			
Test de dépistage de drogues dans l'urine	Passer ☐	Échouer ☐	
OU Résultat du test sanguin de dépistage de drogues	Passer ☐	Échouer ☐	
Maintien de la chaîne de traçabilité	Oui ☐	Non ☐	
Signature du médecin légiste			
Date de signature (JJ/MM/AAAA)			
Résultat du médecin examineur (le cas échéant et disponible)	☐ Positif	☐ Négatif	☐ Non concluant

	Système de gestion HSEC	<table border="1"> <tr> <td>Doc. Non.</td> <td>HSEC FOR 031054</td> </tr> <tr> <td>Version :</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Préparé par</td> <td>CAP Medilink</td> </tr> <tr> <td>Révisé par</td> <td>Dr. Sékou Camara</td> </tr> <tr> <td>Approuvé par :</td> <td>Leon Payne</td> </tr> <tr> <td>Date d'approbation :</td> <td>06/02/2025</td> </tr> </table>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054	Version :	1,00	Préparé par	CAP Medilink	Révisé par	Dr. Sékou Camara	Approuvé par :	Leon Payne	Date d'approbation :	06/02/2025
Doc. Non.	HSEC FOR 031054													
Version :	1,00													
Préparé par	CAP Medilink													
Révisé par	Dr. Sékou Camara													
Approuvé par :	Leon Payne													
Date d'approbation :	06/02/2025													
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle													

Certificat de dépistage de drogues	
À remplir par un médecin/technicien agréé :	
Cachet du médecin examinateur	

Fin du bilan de santé	
Veillez-vous assurer que la liste des spécifications médicales complétée/cochée, TOUTES les pages du formulaire de contrôle de santé ainsi que tous les résultats du rapport radiographique, des analyses sanguines, des tracés ECG et ECG de stress (si effectués) et de la carte de vaccination sont tous joints lors de la soumission des résultats à l'équipe médicale de Simfer.	
Ordre de soumission des résultats	
1. Formulaire de consentement - si la personne n'a pas soumis le formulaire de consentement signé à l'équipe médicale de Rio Tinto ou à la personne désignée avant le rendez-vous, veuillez le soumettre avec le reste des résultats.	
2. Liste de contrôle des spécifications médicales complétée	
3. Formulaire de contrôle de santé complété	
4. Pièces jointes des résultats des tests	
5. Enregistrez les résultats au format .pdf avant de les soumettre	
6. Si possible, veuillez combiner et réduire plusieurs pièces jointes PDF en un seul document avant la soumission des résultats.	
7. Veuillez ne pas soumettre les résultats de plusieurs membres en un seul lot - séparez-les en résultats de membres individuels avant de les soumettre.	
Veuillez soumettre les résultats à	
Envoyez les résultats par e-mail à :	simfermedicalteam@riotinto.com
Ou téléchargez les résultats sur le lien FTP (File Transfer Protocol) sécurisé de Rio Tinto :	
Numéro de fax:	

	Système de gestion HSEC	<table border="1"> <tr> <td>Doc. Non.</td> <td>HSEC FOR 031054</td> </tr> <tr> <td>Version :</td> <td>1,00</td> </tr> <tr> <td>Préparé par</td> <td>CAP Medilink</td> </tr> <tr> <td>Révisé par</td> <td>Dr. Sékou Camara</td> </tr> <tr> <td>Approuvé par :</td> <td>Leon Payne</td> </tr> <tr> <td>Date d'approbation :</td> <td>06/02/2025</td> </tr> </table>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054	Version :	1,00	Préparé par	CAP Medilink	Révisé par	Dr. Sékou Camara	Approuvé par :	Leon Payne	Date d'approbation :	06/02/2025
Doc. Non.		HSEC FOR 031054												
Version :		1,00												
Préparé par		CAP Medilink												
Révisé par		Dr. Sékou Camara												
Approuvé par :	Leon Payne													
Date d'approbation :	06/02/2025													
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle													

Fin du bilan de santé	
Objet de la soumission par e-mail	
Confidentiel : Résultats complets pour <Nom et Prénom><Rincon/Simandou/Oyu Tolgoi>	
Confidentiel : Résultats incomplets pour <Nom et prénom>< Rincon/Simandou/Oyu Tolgoi>	
Veuillez préciser dans le corps du courriel quels résultats de test sont encore en attente :	

