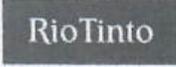


CR12/10612

| | | | |
|---|------------------------------------|----------------------|-----------------|
|   | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviseur: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale Nationaux
Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Simfer SA, membre du groupe Rio Tinto, s'engage à protéger la santé et la sécurité de ses employés et des visiteurs de ses sites en Guinée. Un avis médical est requis avant de travailler sur 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 détaillées sur votre santé 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 été ajouté et que les vaccins hautement recommandés vous ont été proposés

Nous collectons ces informations sanitaires car travailler sur le projet Simandou présente des risques sanitaires importants. Cela inclut un accès limité aux installations et services médicaux, des retards dans les évacuations sanitaires et diverses autres maladies infectieuses et à transmission vectorielle.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale de Simfer dans le cadre du projet Simandou. Si des anomalies médicales sont constatées sur votre formulaire d'évaluation, l'équipe médicale de Simfer pourra être amenée à les communiquer à un médecin externe engagé pour fournir des services à Rio Tinto. Vos données personnelles ne seront communiquées à personne d'autre, sauf si vous avez besoin de soins médicaux urgents et/ou devez être évacué en raison d'un problème médical grave. Dans ce cas, vos données personnelles pourront être communiquées à l'équipe Santé de Rio Tinto ou à d'autres professionnels de santé fournissant des services à Rio Tinto, tels qu'International SOS, ou à votre assureur (selon le principe du « besoin d'en connaître »).

Rio Tinto s'appuie sur son intérêt légitime pour traiter les données personnelles vous concernant, et plus particulièrement 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 aux dossiers contenant vos données personnelles ou leur rectification, et le droit 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 déclaration 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 effectué si nécessaire pour respecter les obligations légales de Rio Tinto et que, si le traitement de mes données personnelles (y compris mes informations de santé) est basé sur mon consentement, je peux le retirer en informant Simfermedicalteam@riotinto.com.

| | | |
|----------------------------------|---|-------------------------|
| Nom imprimé: Cisse Daouda | Signature:  | Date: 09/08/2025 |
|----------------------------------|---|-------------------------|

CONFIDENTIEL

Le formulaire rempli doit être envoyé par courrier électronique à l'équipe médicale de Simfer :
Simfermedicalteam@riotinto.com

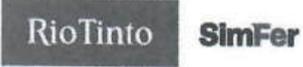
| | | | |
|--|--|----------------------|-----------------|
|   | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviseur: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |
|  | Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité | | |

Les tâches typiques effectuées sur les sites de Rio Tinto qui peuvent potentiellement être critiques pour la sécurité comprennent :

| |
|---|
| Conduite de véhicules (équipements lourds, autobus et véhicules légers) ; |
| Travailler dans des environnements extrêmement chauds/froids – stress thermique ; |
| Travailler sur / autour / à proximité de l'électricité ; |
| Les intervenants d'urgence ; Pompiers, service de sécurité |
| Activités avec manipulation de substances dangereuses – par exemple : travail avec des substances/vapeurs toxiques, narcotiques et des vapeurs de solvants ; gaz asphyxiants et autres gaz (par exemple SO ₂ , H ₂ S, NO, NO ₂ , CO, CO ₂) ; |
| Manipulation de machines, d'appareils de levage et de grues ; |
| Conducteurs de locomotives ; |
| Dogman / Rigger car ils sont utilisés pour diriger les charges de la grue ; |
| Travaux sur des équipements à haute tension ; |
| Travailler avec du métal en fusion; |
| Travailler sous terre; |
| Travailler avec des explosifs; |
| Travailler en haute altitude ; |
| Tâches où une erreur pourrait conduire à une situation dangereuse, comme une fuite de produits chimiques toxiques, des réglages de mélange incorrects, un mauvais raccordement de tuyau, etc. |
| Tâches liées à l'identification de conditions dangereuses, telles que la détection de défauts, l'inspection de pipelines, etc. |
| Tâches liées à la reconnaissance et à la gestion des conditions dangereuses, des situations d'urgence émergentes et réelles ; |
| Tâches spécifiques telles que l'évaluation des risques chimiques, l'évaluation de la sécurité des procédés, la conception de systèmes de travail sûrs, etc. |
| Tâches de gestion de la sécurité telles que la supervision des systèmes d'autorisation de travail. |
| Remarque* : Ceci n'est pas une liste définitive |

| | | | |
|---|--|----------------------|-----------------|
|   | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviser: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |
|  | Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité | | |

| Causes potentielles d'une aptitude réduite au travail – liste non définitive |
|---|
| Fatigue, apnée du sommeil |
| Perte de conscience |
| Vision altérée |
| Vision des couleurs altérée |
| Perte auditive fonctionnelle > 40 dB |
| Diabète insulino-dépendant |
| Maladies endocrinologiques |
| Insuffisance rénale et maladies rénales |
| Affections cardiovasculaires |
| Maladies neurologiques, épilepsie |
| Affections hématologiques |
| Conditions d'intervention chirurgicale majeure récente |
| Affections de la colonne vertébrale et musculo-squelettiques avec altération de la fonction |
| IMC > 40 |
| Affection psychiatrique - <i>par exemple (stress et dépression) : impact sur le niveau de vigilance, de jugement et de décision).</i> |

| | | | |
|---|--|----------------------|-----------------|
|  | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
|  | Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité | Révisé par : | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |

LISTE DE CONTRÔLE pour l'examen médical – B2 – Rôles critiques pour la sécurité

| | |
|---|---|
| Formulaire de questionnaire de santé | Toutes les sections |
| Examen physique | <ul style="list-style-type: none"> • Signes vitaux et examen physique • Impression mentale générale (aucun examen psychiatrique requis). |
| Vision | Acuité visuelle de loin et de près des deux yeux Vision des couleurs Champ périphérique |
| Audiométrie – tonalité pure | Oreille gauche et droite |
| Spirométrie | CVF, VEMS, VEMS/% CVF |
| Radiographie thoracique - AP | Sur PEM puis tous les 5 ans |
| ECG/Électrocardiogramme | 12 pistes |
| Test de stress/test de Chester ou équivalent | À considérer si cela est cliniquement indiqué. À considérer pour tous les diabétiques et les personnes présentant de multiples facteurs de risque cardiaque Obligatoire uniquement pour l'équipe d'intervention d'urgence |
| Test de dépistage de drogues dans l'urine | Cannabinoïdes, opiacés, benzodiazépines, amphétamines, morphine, kétamine |
| Analyse d'urine | bandelette urinaire |
| Numération globulaire complète | Globules rouges, Hb, Hct, VGM, MCH, MCHC, WBC. |
| Glycémie à jeun ou post-prandial | |
| HbA1c | |
| Profil lipidique : | Cholestérol, Triglycérides, LDL, HDL |
| Test de la fonction hépatique | ALT, AST GGT |
| Test de la fonction rénale | Urée, créatinine |
| Vitesse de sédimentation érythrocytaire VS ou CRP | |
| Ag de l'hépatite B | Uniquement pour l'équipe d'intervention d'urgence |

| | | | |
|--|--|----------------------|-----------------|
|  | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviseur: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |
|  | Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité | | |

1. INFORMATIONS PERSONNELLES : à compléter par le demandeur :

| | | | | |
|-------------------------------|---------|-----------|---------|--|
| Prénom et nom | | | Date de | |
| Nationalité | | | | |
| Employeur | | | | |
| Indiquer le poste/la fonction | | | | |
| Adresse du domicile | | | | |
| Téléphone fixe | | Téléphone | | |
| Numéro de passeport/carte | | Date | | |
| E-mail | | | | |
| Contact d'urgence | Nom | | | |
| | Télépho | | | |
| | E-mail | | | |

2. QUESTIONNAIRE DE SANTÉ :

À remplir par le demandeur avant l'examen médical. Veuillez répondre honnêtement à toutes les questions. Si vous répondez « Oui » à l'une des questions ci-dessous, veuillez fournir des précisions dans la section « Commentaires » ci-dessous.

Avez-vous déjà eu ou souffrez-vous actuellement de l'une des affections suivantes ?

| 1. | Histoire familiale (parents) | Oui | Non |
|---|--|--------------------------|-------------------------------------|
| | Maladie cardiaque ou hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Épilepsie ou convulsions | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Glaucome ou cécité | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Diabète sucré (maladie du sucre) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Cancer / Maladie du sang | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Maladie héréditaire / Anomalies congénitales | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, tuberculose, asthme) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Commentez en détail tous les éléments marqués « Oui » | | | |
| 2. | Antécédents médicaux | Oui | Non |
| 2.1 | Système nerveux central | | |
| | Maux de tête fréquents ou sévères / migraines | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Étourdissements, évanouissements ou instabilité | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Traumatisme crânien / Commotion cérébrale / Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Épilepsie ou crises d'épilepsie, quelles qu'elles soient | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Tout trouble mental/psychologique/phobie | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.2 | Système cardiovasculaire | | |



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale Nationaux

Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Troubles cardiaques, par exemple rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé ou troubles circulatoires, y compris un accident vasculaire cérébral, crampes dans les mollets à l'effort | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.3 | Système respiratoire inférieur | | |
| Asthme / Toux chronique / Pneumoconiose | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tuberculose ou pneumonie | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.4 | Système respiratoire supérieur | | |
| Troubles ORL (oreilles, nez et gorge) | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles de l'audition ou de la parole | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.5 | Dermatologie / Système musculo-squelettique | | |
| Tumeurs malignes ou cancer | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Affections cutanées (psoriasis, eczéma, acné) | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maladie des muscles, des os, des articulations et du dos | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.6 | Système urinaire et reproducteur | | |
| Calculs rénaux ou infections urinaires | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Problèmes de prostate / gynécologiques | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Êtes-vous enceinte (femmes seulement) | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.7 | Abdominal | | |
| Brûlures d'estomac, indigestion fréquente | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Problèmes d'estomac, de foie ou intestinaux | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Saignement du rectum | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.8 | Endocrine | | |
| Diabète sucré (maladie du sucre) | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maladie de la thyroïde, trouble glandulaire, | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maladies du sang (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie) | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.9 | Infectieux | | |
| Hépatite B et C, VIH/IST | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.10 | Autres | | |
| Allergies | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Admission à l'hôpital pour quelque raison que ce soit | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toute chirurgie / opération | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toute maladie tropicale, par exemple la bilharziose ou le paludisme | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Problèmes oculaires | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cancer, croissance ou tumeur de toute sorte | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pensez-vous que votre lieu de travail actuel peut affecter votre santé ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Perte de poids inexplicquée ou céréales | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|------------------------------------|----------------------|-----------------|
|   | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviséur: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale Nationaux
Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité

Commentez en détail tous les éléments marqués « Oui »

Hospitalisé pour une laparotomie en 2021.

| 3. Histoire sociale | | Oui | Non |
|--|---------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Alcool | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| drogues récréatives | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Exercice, sport et loisirs | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Fumeur: | Jamais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Ancien fumeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Fumeur | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alcool – À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? | | | |
| Quel genre d'alcool ? | | | |
| Combien consommez-vous ? | | | |
| Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? | | Combien d'années ? | |
| | | 5 meches / jour | |
| Quel type d'exercice faites-vous et à quelle fréquence ? | | | |
| Commentaires: | | | |
| | | | |
| 4 Dépistage psychologique | | Oui | Non |
| Avez-vous du mal à arrêter de vous inquiéter de quelque chose ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Passez-vous plus de temps à vous occuper de la maison, du travail ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous du mal à vous endormir à cause des pensées dans votre tête ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Êtes-vous souvent et sans raison à bout de nerfs ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous du mal à vous concentrer sur une tâche ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vous vous mettez en colère et vous vous tendez sans raison ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vos amis et votre famille vous disent-ils que vous vous inquiétez sans raison et que vous avez besoin de vous détendre ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ressez-vous des tensions dans les muscles de votre cou, de votre dos et autour de vos yeux ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous du mal à rester assis sans faire rouler quelque chose dans vos mains, à dessiner avec un stylo ou à faire d'autres mouvements répétitifs ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous remarqué que vos paumes transpirent parfois, que vous avez le cœur qui s'emballe ou une respiration courte et superficielle ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Entourez (0 - non, 1 - plus d'une demi-journée, 2 - quelques jours ou 3 - tous les jours) chaque affirmation ci-dessous : | | | |
| Les choses que j'aimais avant, je n'y prends plus de plaisir | | (0) 1 2 3 | |
| J'ai du mal à m'endormir et je me réveille pendant la nuit | | (0) 1 2 3 | |
| Mon appétit a changé (je mange trop ou pas assez) | | (0) 1 2 3 | |
| J'ai du mal à me concentrer | | (0) 1 2 3 | |

| | | | |
|--|------------------------------------|----------------------|-----------------|
|  | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviséur: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale Nationaux
Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité

| | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Je suis plus inquiet qu'avant | | 0 1 2 3 | |
| J'ai du mal à me détendre | | 0 1 2 3 | |
| J'ai du mal à faire face aux responsabilités quotidiennes | | 0 1 2 3 | |
| J'ai du mal à me faire des amis | | 0 1 2 3 | |
| Je suis moins lunatique et rarement optimiste | | 0 1 2 3 | |
| Je me sens isolé et seul | | 0 1 2 3 | |
| Score total : | | | |
| 5. | Respiratoire / Tuberculose | Oui | Non |
| Toussez-vous habituellement dès le matin ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toussez-vous habituellement pendant la journée ou la nuit ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous l'habitude d'avoir des mucosités pendant la journée ou la nuit ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà craché du sang ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà ressenti une sensation d'oppression dans la poitrine ou des difficultés respiratoires ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Êtes-vous gêné par un essoufflement lorsque vous vous précipitez sur un terrain plat ou que vous montez une légère colline ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Votre essoufflement est-il pire chaque jour ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Votre poitrine semble-t-elle sifflante ou sifflante ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie pulmonaire qui vous a empêché d'effectuer vos tâches habituelles pendant une semaine au maximum ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà subi une blessure ou une opération affectant votre poitrine ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu une bronchite, une pneumonie, une pleurésie | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ? | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Commentez en détail tous les éléments marqués « Oui » | | | |
| 6 | Médicament | | |
| Veillez indiquer le type et les dosages de tous les médicaments que vous prenez actuellement | | | |
| 7 | Allergies | | |
| Veillez indiquer si vous avez des allergies : | | | |
| Nourriture: | | | |
| Médicament : | | | |
| Chimique: | | | |
| Autre: | | | |



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité

Dépistage de la somnolence d'Epworth

Dans le tableau ci-dessous, attribuez un score à chaque situation en fonction de vos risques habituels de vous endormir ou de vous endormir pendant l'activité. Utilisez l'échelle suivante :

| | |
|---|-----------------------------|
| 0 | Je ne m'endormirais jamais |
| 1 | Faible risque de somnolence |
| 2 | Risque modéré de somnolence |
| 3 | Fort risque de somnolence |

Quelle est la probabilité que vous vous endormiez dans les situations suivantes ?

| | |
|---|---------|
| 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 la voiture pendant une heure sans interruption | 0 1 2 3 |
| S'allonger pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent | 0 1 2 3 |
| S'asseoir et parler avec quelqu'un | 0 1 2 3 |
| Assis tranquillement après le déjeuner sans alcool | 0 1 2 3 |
| Dans une voiture, arrêtée quelques minutes dans les embouteillages | 0 1 2 3 |
| Score : Total | |

3. QUESTIONNAIRE DE SANTÉ AU TRAVAIL :

Avez-vous occupé un emploi où vous avez été exposé à :

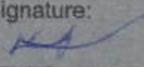
| Agent d'exposition | | | Date/Durée de l'exposition | Protection utilisée | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | Oui | Non | | Oui | Non |
| Produits chimiques | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si « Oui », précisez | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Bruit | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vibrations | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Radiation | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Poussière d'amiante | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Exposition au plomb | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Autres poussières (silice, charbon, or, diamant) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous été absent du travail au cours de la dernière année ? Si oui, pendant combien de temps et pour quelle(s) raison(s) ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|----------------------|-----------------|
|  SimFer | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviséur: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |
|  | Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité | | |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| Avez-vous déjà été victime d'un accident du travail, d'une maladie professionnelle ou d'une demande d'indemnisation ? Si oui, veuillez préciser : | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| La ou les causes de la maladie ou de la blessure | | |
| Le traitement médical que vous avez entrepris et/ou continuez d'entreprendre | | |
| Continuez-vous à souffrir des effets d'une blessure ou d'une maladie liée au travail : | <input type="checkbox"/> Oui | <input checked="" type="checkbox"/> Non |
| Si c'est le cas, indiquez les symptômes dont vous continuez à souffrir : | | |

DÉCLARATION DU DEMANDEUR :

Je déclare par la présente que les réponses à toutes les questions sont, au meilleur de ma connaissance, correctes et que je n'ai retenu aucune information concernant mon état de santé passé ou présent.

Nom imprimé : Céline Dacenda Signature:  Date: 09/08/2025

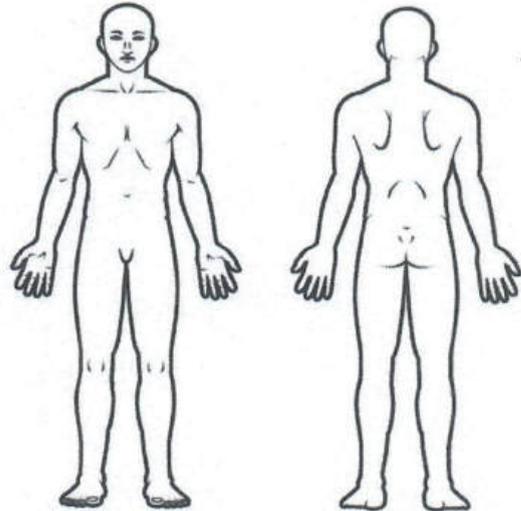
| | | | |
|---|--|----------------------|-----------------|
|  | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
|  | Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité | Réviser: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |

4. EXAMEN PHYSIQUE :

À remplir par le médecin examinateur. Un examen attentif de tous les systèmes est requis et toutes les sections doivent être complétées.

| | | | | | | | |
|---|-------------|--------|-------|--------------------------|--|-------------------------------------|--------|
| Taille | 166 | Cm | Pieds | Poids | 67 | Kg | livres |
| IMC | 24,00 | | | Température | 36,5°C | °C | °F |
| Pression artérielle | 103/69 mmHg | | | Fréquence respiratoire : | 20 cycles / min | | |
| Pression artérielle deuxième lecture après 5 minutes, si lecture initiale est ≥ 140/90 mmHg | | | | O2Sat % | | | |
| Fréquence du pouls | 78 / min | (Lopm) | | Rythme du pouls | Régulier <input checked="" type="checkbox"/> | Irrégulier <input type="checkbox"/> | |

| Organe/Tissus | Normale | Anormal |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Peau | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection cutanée sur les mains, les bras et le visage | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Furoncles, orgelets ou doigt | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ganglions lymphatiques | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tête et cou | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Yeux | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Décharge | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nez | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gorge | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. État dentaire | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Poumons | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Cœur | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Abdomen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sites herniaires | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Appareil urogénital | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Extrémités | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Examen neurologique : | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Réflexes | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Force musculaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



| | | | |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-----------------|
| RioTinto SimFer | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviser: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |
| Sensibilité | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. test de Romberg | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Simandou |

Commentaire sur les résultats anormaux : *denture cariée et incomplète avec une suppuremie conjonctivale bilatérale à la visite médicale.*

| 5. IMPRESSION MENTALE GÉNÉRALE — AUCUN EXAMEN PSYCHIATRE REQUIS | |
|---|-----------------|
| Cognitif : | <i>Normale</i> |
| Comportemental: | <i>Normale</i> |
| Sociale: | <i>Normale.</i> |

6. ANALYSES DE LABORATOIRE :

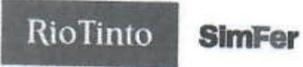
Veillez soumettre les résultats de tous les tests en pièce jointe s'ils ne sont pas saisis dans ce formulaire

ANALYSES SANGUINES :

| | | |
|--|---|--|
| Numération sanguine | <input type="checkbox"/> Normale | <input checked="" type="checkbox"/> Anormale |
| Profil lipidique | <input checked="" type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Anormale |
| Tests de la fonction hépatique | <input checked="" type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Anormale |
| Tests de la fonction rénale | <input checked="" type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Anormale |
| Glycémie - À jeun ou postprandiale | <input checked="" type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Anormale |
| HbA1c | <input checked="" type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Anormale |
| Vitesse de sédimentation sanguine (VS) | <input checked="" type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Anormale |
| Ag HepB | <input checked="" type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Anormale |

Monocytes : 11 Norme : 2 - 8%

| ANALYSE D'URINE | NORMAL ANORMAL | |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PH | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Densité spécifique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cétones | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|--|----------------------|-----------------|
|  | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviser: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |
|  | Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité | | |

| | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nitrites | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Albumine/Protéine | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glucose | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Globules rouges | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| globules blancs | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bilirubine et urobilinogène | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si « Anormal », veuillez détailler les anomalies :

DÉPISTAGE URINAIRE DE DROGUES :

| | | |
|-----------------|---|----------------------------------|
| amphétamines | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Benzodiazépines | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Cannabinoïdes | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Opiacés | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Cocaïne | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Kétamine | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |

7. ECG AU REPOS

Veuillez joindre la bande ECG.

Un ECG à 12 dérivation est requis. L'interprétation informatisée seule n'est pas suffisante.

L'interprétation du médecin est requise

Résultats:

Normale

Anormal:

Veuillez détailler les anomalies :

| | | | |
|--|--|----------------------|-----------------|
|  | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviseur: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |
|  | Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité | | |

8. TEST DE CHESTER STEP SI CLINIQUEMENT INDIQUÉ ET OBLIGATOIRE POUR L'ÉQUIPE D'INTERVENTION D'URGENCE

Résultats:

Normale

Anormal:

9. RADIOGRAPHIE THORACIQUE

Veuillez joindre l'image radiographique.

Si la radiographie thoracique n'a pas été réalisée en raison de préoccupations concernant un rayonnement excessif,

veuillez cocher cette case :

Si la radiographie thoracique n'a pas été réalisée cette année, veuillez indiquer l'année de l'examen le plus récent .

(La radiographie thoracique est obligatoire au PEM et ensuite tous les 5 ans si elle n'est pas cliniquement indiquée plus tôt)

Toutes les radiographies thoraciques réalisées pour la surveillance de la santé au travail, en particulier chez les travailleurs exposés aux poussières minérales ou industrielles, doivent être lues et classées selon la Classification internationale des radiographies de pneumoconioses de l'OIT afin de garantir une détection et une documentation standardisées de la pneumoconiose.

Radiographie thoracique réalisée en (Avril 2024).

10. EXAMEN DE LA VUE :

| | | | | |
|---------|---------------|------|-------------------|-----------------------|
| Vision: | Sans lunettes | | Avec des lunettes | Vision des couleurs : |
| | Loin | Près | | |

| | | | | |
|---|------------------------------------|--|----------------------|-----------------|
|  | Système de gestion HSEC | | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | | Version: | 1.0 |
|  Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale Nationaux Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité | | | Réviseur: | Sékou Camara |
| | | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |

| | | | | | | |
|---------------|----|----|----|----|----|--|
| Droite (OD) | 6/ | 08 | 6/ | 05 | 6/ | Champs visuels : <input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormal |
| Gauche (OL) | 6/ | 08 | 6/ | 05 | 6/ | |
| Jumelles (OU) | | 09 | | 05 | | |

11. SPIROMÉTRIE – Valeur de référence

Au moins 3 coups sont nécessaires

Veillez joindre le rapport complet

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

| | CVF | VEMS 1 | VEMS % |
|---|-----|--------|--------|
| Mesuré | | | |
| Prédit | | | |
| % Prédit | | | |
| Référer si le rapport VEMS/CVF est < 70 % | | | |
| Commentez en détail toutes les anomalies | | | |

La comparaison avec la spirométrie précédente est obligatoire lors des examens médicaux annuels

12. AUDIOMÉTRIE

Veillez joindre l'audiogramme

| | Normale | Anormal | Commentaire |
|----------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Oreille gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Oreille droite | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| PLH: % | | | |

| | | | |
|--|------------------------------------|----------------------|-----------------|
|   | Système de gestion HSEC | Doc. Non. | HSEC-FOR_031056 |
| | | Version: | 1.0 |
| | | Réviseur: | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Leon Payne |
| | | Date d'approbation : | 08/05/2025 |



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale Nationaux
Formulaire B2 - Rôles critiques en matière de sécurité

La comparaison avec les audiogrammes précédents est obligatoire lors des examens annuels

13. VACCINATION :

Veillez indiquer le statut vaccinal du demandeur et tout vaccin administré.
Une copie du « Carnet de Certificat International de Vaccination » ou de la « Carte de Vaccination » doit être jointe à ce formulaire.
Veillez fournir des conseils sur l'importance des vaccinations et indiquer dans les commentaires si le demandeur a refusé l'une des vaccinations.

| Vaccination | Immunitaire | Date | Commentaires |
|-------------------------------|-------------------------------------|------|--------------|
| Obligatoire: | | | |
| Fièvre jaune | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Hautement recommandé : | | | |
| COVID-19 [feminine] | <input type="checkbox"/> | | |
| Hépatite A | <input type="checkbox"/> | | |
| Hépatite B | <input type="checkbox"/> | | |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | | |
| Polio | <input type="checkbox"/> | | |
| Typhoïde | <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| méningococcique | <input type="checkbox"/> | | |
| Diphthérie | <input type="checkbox"/> | | |
| Rage* | <input type="checkbox"/> | | |

(*) *Fortement recommandé aux candidats susceptibles d'être en contact avec la faune dans le cadre de leur travail.*

Déclaration à signer par l'employé s'il refuse une vaccination.

Je déclare par la présente avoir refusé l'administration du ou des vaccins mentionnés ci-dessus, après avoir été informé de leur recommandation et compte tenu du risque épidémiologique élevé de la Guinée. Ma décision a été prise après avoir reçu toutes les informations relatives au vaccin.

Nom imprimé :

Signature:

Date: