

MV/MOTAE/165

 	<h2>Systeme de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 0310
		Version:	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle</h3>			

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](https://www.riotinto.com/sustainability/policies) 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: _____

LOUIS MIGUEL LOPES SANTOS

(Signature manuscrite)

11/02/2025



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Confidentiel Questionnaire de santé

L'employé/candidat doit remplir la section A (page 8) avant la nomination.

Veillez 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 MAG 1

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) - Test auditif (Rhinne ou Weber ou Whisper) (gauche et droite)
Imagerie/Rayons X	- Non requis uniquement si cliniquement indiqué
Test de dépistage de la tuberculose	- Non requis
Spirométrie/Test de la fonction pulmonaire	- Spirométrie/Test de la fonction pulmonaire si cliniquement indiqué
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 en fonction du score de MCV) - ECG de stress/équivalent (par exemple , test de Chester Step) (si cela est cliniquement indiqué ; à considérer pour tous les diabétiques et les personnes présentant de multiples facteurs de risque cardiaque (en fonction du score de risque de MCV > 10 %)
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 -



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Liste de contrôle pour MAG 1

	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



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

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		<ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>Conditions médicales qui déclenchent des examens/tests cliniques supplémentaires nécessaires pour confirmer le diagnostic et la gravité des conditions médicales identifiées.</p> <p>Les conditions énumérées nécessitent des tests cliniques, une imagerie ou un suivi supplémentaires pour évaluer la gravité et les implications de la condition sur l'aptitude à travailler, à voyager ou à occuper des postes spécifiques.</p>



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

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 cm ² ▪ 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 m ² pendant > 3 mois, taux de créatinine élevés > 1,2 mg/dL pour les femmes ou > 1,4 mg/dL pour les hommes
7. Incontrôlé Diabète sucré (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 (maladie pulmonaire obstructive chronique)	▪ VEMS1/CVF < 70 %, ▪ VEMS1 < 80 % de la valeur prédite
Affections psychiatriques et psychologiques	
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



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Affections ophtalmologiques	<ul style="list-style-type: none"> 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 pneumectomie, splénectomie, néphrectomie, etc.

c) Contre-indications absolues pour le déploiement/voyage

Contre-indications absolues	
Conditions médicales susceptibles de restreindre potentiellement 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	<ul style="list-style-type: none"> ECG : fibrillation/flutter auriculaire documenté ou syndrome de WPW provoquant une instabilité
2. Valvulopathie fonctionnelle (Niveau III ou supérieur)	Constatations échocardiographiques : <ul style="list-style-type: none"> régurgitation importante, sténose avec gradient de pression > 50 mmHg ou surface de la valve < 1,0 cm²
3. Insuffisance cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance cardiaque sévère (classe NYHA III-IV). Fraction d'éjection < 35 %
4. Cardiomyopathie hypertrophique ou dilatée	Diagnostic échocardiographique. <ul style="list-style-type: none"> Hypertrophie ventriculaire gauche > 15 mm, ou Cardiomyopathie dilatée avec FE < 40 %
5. Angine instable	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ECG : preuve d'un bloc AV complet sans implantation de stimulateur cardiaque
8. Hypertension non contrôlée	<ul style="list-style-type: none"> Pression artérielle > 180/110 mmHg malgré le traitement. Preuve de lésions organiques dues à l'hypertension chronique



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

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 m ² ; 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 ; Hémopathies malignes, troubles de la coagulation si le risque de thrombose ou de saignement est élevé
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	



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

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 sévère 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. ▪ 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



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Section A

Renseignements personnels

Renseignements personnels	
Prénom de l'employé	José Santos
Nom de l'employé	José Manuel
Deuxième(s) prénom(s)	
Prénom	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	21/11/77
Genre	<input checked="" type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> ne souhaitent pas divulguer
Nom de l'employeur/de l'entreprise	Mota - Enfil Simandou
Âge	47
Numéro de passeport (nécessaire en cas d'évacuation)	CC 102092
Nationalité	Portugaise
Numéro de téléphone au travail	626 606 937
Numéro de téléphone à domicile	
Numéro de téléphone portable	
Courriel personnel	josé.santos77@hotmail.com
Courriel professionnel	josé.manuel.santos@mota-enfil.com.gh
Nom du chantier	
Lieu de travail (pays d'affectation)	Gruin
Numéro d'employé	
Calendrier de rotation (affectations en rotation)	NA
Vous déménagez dans un pays d'affectation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Langue maternelle	Portugais
Intitulé du poste/poste	ANCIEN RH
Filiale/division	RH
Assurance santé personnelle	AJA



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Renseignements personnels

Numéro d'assurance maladie personnelle	
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence	Paula Franco —
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence	613 97 5740
Relation avec le contact d'urgence	colleue de travail
Date de départ (JJ/MM/AAAA)	
Date de retour (JJ/MM/AAAA)	
Parlez-vous anglais ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse du domicile	1 meuble sondo

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 Campement 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



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Antécédents médicaux personnels

Dossier de maladie	
Avez-vous eu des périodes de maladie au cours des 2 dernières années ? (hors rhume et grippe)	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> 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
DRH	2010	2025	NOTA - Enpi0
Détails, le cas échéant			



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et 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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Bruit	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Devrez-vous porter un respirateur ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Poussières (en particulier poussières de silice) et amiante :	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Allez-vous travailler en hauteur ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Produits chimiques toxiques	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Allez-vous travailler dans des espaces confinés ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Épuisement dû à la chaleur ou coup de chaleur	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà reçu une indemnisation liée à un accident du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Si vous avez répondu « oui », veuillez fournir des détails :				
Sélectionnez les tâches les plus fréquentes à effectuer				
<input type="checkbox"/> S'asseoir	<input type="checkbox"/> Conduire	<input type="checkbox"/> Squatter	<input type="checkbox"/> Monter aux échelles	<input checked="" type="checkbox"/> Travail informatique
<input type="checkbox"/> Rester	<input type="checkbox"/> Pousser/Tirer	<input type="checkbox"/> S'agenouiller	<input type="checkbox"/> Soulever/porter du poids	<input type="checkbox"/> Portée du travail au-dessus des épaules
<input checked="" type="checkbox"/> Marcher	<input type="checkbox"/> Atteindre	<input type="checkbox"/> Monter les escaliers	<input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Portez-vous des appareils auditifs ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-ce qu'un membre de votre famille a des problèmes d'audition ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Avez-vous des bruits irritants dans la tête ou les oreilles (acouphènes) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Avez-vous des problèmes tels qu'un excès de cérumen, des infections ou des blocages de l'oreille ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

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

Questionnaire sur la tuberculose	
Toux qui dure plus de 2 semaines ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Hémoptysie (crachats de sang) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Fièvre/Frissons/Température ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Des sueurs nocturnes abondantes sans raison ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Fatigue/Faiblesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Anorexie (perte d'appétit) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Perte de poids inexplicable > 5 kg par mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été en contact avec une personne connue pour être atteinte de tuberculose ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Dépistage antérieur de la tuberculose (si « Oui », veuillez fournir les résultats) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Vous avez reçu le vaccin BCG (Bacille Calmett-Guérin) ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser la date approximative et si elle est en cours ou résolue. 1980 ...	

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 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Regarder la télévision	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Rester assis inactif dans un lieu public (par exemple, un théâtre ou une réunion)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
En tant que passager dans une voiture pendant une heure sans pause	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
S'allonger pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
S'asseoir et parler à quelqu'un	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Assis tranquillement après le déjeuner sans alcool	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Dans une voiture, arrêtée pendant quelques minutes dans la circulation	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
SCORE TOTAL				

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 légiste ou à l'infirmière. Si vous répondez « Oui » à l'une des questions, veuillez indiquer l'année au cours de laquelle cela s'est produit. 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:

<input type="checkbox"/> O+	<input type="checkbox"/> O-	<input type="checkbox"/> A+	<input type="checkbox"/> A-	<input type="checkbox"/> B+	<input type="checkbox"/> B-	<input type="checkbox"/> AB+	<input type="checkbox"/> AB-	
Avez-vous déjà reçu une transfusion sanguine ?							<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Avez-vous une objection à recevoir une transfusion sanguine en cas d'urgence ?							<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Neurologique	Oui	Non	Gastro-intestinal	Oui	Non		Oui	Non
1. Épilepsie/crises d'épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20. Calculs biliaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	41. Différences de longueur des jambes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. AVC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21. Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	42. Capable de porter des bottes de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Migraines	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22. Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Affections cardiaques	Oui	Non
4. Myasthénie grave	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	23. Pancréatite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	43. Crise cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	24. Vomissements de sang	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	44. Angioplastie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	25. Perte de poids inexplicée > 5 kg/11 lb par mois	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	45. Stent	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Manganisme (toxicité du manganèse)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	26. Diarrhée chronique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	46. Fibrillation auriculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oreille, nez et gorge	Oui	Non	27. Saignement rectal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	47. Flutter auriculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Perte auditive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	48. Dispositif cardiaque implantable	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9. Neurinome de l'acoustique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	29. Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	49. Stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. Sinusite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	30. Ulcère gastroduodénal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50. Pontage coronarien	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Musculosquelettique	Oui	Non	51. Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
12. Problèmes d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	32. Doigt blanc	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	52. Thrombose veineuse profonde	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. Maladie de Ménière	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	33. Maux de dos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Affections pulmonaires	Oui	Non
Vision	Oui	Non	34. Chirurgie du dos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	54. Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14. Cécité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	35. Douleurs cervicales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	55. Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. Décollement de la rétine	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	36. Chirurgie du cou	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	56. Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	37. Anomalies du genou	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	57. Silicose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Neurologique	Oui	Non	Gastro-intestinal	Oui	Non		Oui	Non
17. Déficience de la vision des couleurs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	38. Anomalies de l'épaule	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	58. Asbestose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
18. Lentilles de contact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Anomalies de la hanche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	59. Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19. Lunettes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	40. Anomalies de la cheville	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Affections des voies urinaires	Oui	Non
			Reproducteur (femelles)	Oui	Non	60. Urolithiase ou infections urinaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
			Etes-vous actuellement enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	61. Maladie rénale chronique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

D'autres :

Vision des couleurs

Si oui à la vision des couleurs, 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 question correspondant puis précisez)

Diabète (à compléter uniquement si vous êtes diabétique)	Oui	Non	Année
Utilisez-vous de l'insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Testez-vous vous-même votre taux de glucose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà souffert d'hypoglycémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre taux d'HbA1C est-il testé deux fois par an (prise de sang trimestrielle) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Troubles des glandes surrénales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Troubles de l'hypophyse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Troubles parathyroïdiens	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Autres troubles endocrinologiques	Oui	Non	Année
Autre			

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

Antécédents chirurgicaux	
Veuillez énumérer toutes les interventions chirurgicales antérieures	
Année	Raison
2017	Perte auditive
Vous a-t-on conseillé de subir une intervention chirurgicale dans les 3 prochains mois ? <i>Non</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si « oui », quel type de chirurgie ?	

Allergies	Oui	Non	Taper
Nourriture	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Médicament	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tissus/Vêtements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Avez-vous une injection d'adrénaline/EpiPen sur vous ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Perte de poids inexplicable > 5 kg par mois ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hospitalisation antérieure pour allergies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Affections dentaires		
Avez-vous actuellement mal aux dents ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
Avez-vous besoin d'un implant/d'une couronne dentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non

Bien-être émotionnel			
	Oui	Non	Année
Avez-vous déjà sollicité des conseils ou des soins auprès d'un professionnel de la santé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Dépression	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Trouble bipolaire (maniaco-dépression)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Thérapie par électrochocs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Trouble du déficit de l'attention	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Crises de panique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Stress lié au travail	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

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 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Se sentir déprimé, déprimé ou désespéré	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Se sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Manque d'appétit ou suralimentation	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Avoir le sentiment d'être un échec ou d'avoir laissé tomber soi-même ou sa famille	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Difficulté à se concentrer sur certaines choses, comme lire le journal ou regarder la télévision	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
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 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Pensées selon lesquelles il serait préférable que vous soyez mort ou que vous vous blessiez d'une manière ou d'une autre	0 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Score total				

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



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Autres – Maladies/phobies infantiles, etc.

Condition	Oui	Non	Condition	Oui	Non
Varicelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies tropicales/infectieuses	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tumeur/cancer ou tumeur maligne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Claustrophobie (Peur des espaces confinés)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Peur des hauteurs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéole/rougeole	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 pour l'asthme, les suppléments à base de plantes et les médicaments sur ordonnance). Veillez également indiquer tous les médicaments contre le rhume et la grippe ainsi que les analgésiques.

Nom du médicament	Raison d'utilisation	Force et fréquence
Aspiracombi	Aider à dormir	3 fois par semaine

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

Vous souvenez-vous de la dernière fois où votre taux d'INR a été vérifié et quel était ce taux ?

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

Avez-vous déjà ressenti des effets secondaires liés à la prise de médicaments antipaludiques ? Si oui, veuillez préciser :



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

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

Consommation d'alcool		
	Oui	Non
Avez-vous déjà eu l'impression que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Un parent/ami/médecin/professionnel de la santé s'est-il déjà inquiété de votre consommation d'alcool ou vous a-t-il suggéré de réduire votre consommation ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Au cours de l'année dernière, avez-vous déjà ressenti de la culpabilité ou des remords après avoir bu ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà reçu un traitement/une réadaptation pour alcoolisme/abus d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nombre d'unités d'alcool par semaine (10 g = 1 canette de bière = 1 verre de vin = 1 verre de nip/spiritueux) :	0	
Veuillez préciser si « oui » :		



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Consommation de substances

	Oui	Non
Consommez-vous actuellement des substances/drogues de rue ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous reçu un traitement ou une réadaptation pour une toxicomanie ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Veuillez préciser si « oui » :		

Exercice

	Oui	Non
Faites-vous de l'exercice régulièrement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veuillez préciser si « oui » avec fréquence		
la semaine 3,4 fois par semaine		

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 ?	<input checked="" type="checkbox"/> <6 heures	<input type="checkbox"/> 6 à 12 heures	<input type="checkbox"/> >12 heures
Avez-vous un certificat de vaccination contre la fièvre jaune valide ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) :			
Avez-vous un visa valide pour le(s) pays de mission ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si « oui », quel type de visa (voyage ou travail) ?			
Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) :			
Êtes-vous entièrement vacciné contre la COVID-19 ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Date (JJ/MM/AAAA) :			
Si « oui », nom du vaccin : <i>As1mgelica</i>	V1* <input type="checkbox"/>	V2** <input type="checkbox"/>	

V1* = Vaccination 1 (première dose)

V2** = Vaccination 2 (deuxième dose)

Doc. Non.	HSEC_FOR_0310
Version:	1,00
Préparé par	CAP Medilink
Révisé par	Dr. Sékou Camara
Approuvé par :	Leon Payne
Date d'approbation :	06/02/2025

**MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle**

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

Date (JJ/MM/AAAA)



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Section B

RESTE DU FORMULAIRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN 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 ».

Type d'intervention médicale effectuée :

Pré-emploi/Pré-déploiement Examen médical annuel

Signes vitaux

Taille (cm)	168	Poids (kg)	78
Indice de masse corporelle (IMC)	29,65	Température (°C ou °F)	37
Respiration (respirations par minute)	20 bpm	Rythme du pouls :	<input checked="" type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier
Pression artérielle (mmHg) – première mesure	132/81	Fréquence du pouls (bpm)	66
Tension artérielle – deuxième lecture après 5 minutes, si la lecture initiale est ≥ 140/90 mmHg		Saturation en 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)	✓	



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Ganglions lymphatiques		
Pelvien		
Appareil génito-urinaire		
Orifices herniaires		
Si une hernie est présente :	Taper	Taille
Type et taille de la hernie :		
Risque d'étranglement (évaluer la largeur du col de la hernie) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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
Comportemental:	normal
Sociale:	normal

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 <input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Examen de la vue				
Acuité visuelle				
Œil	Vision de près (sans aide)	Vision de près (aidé)	Vision lointaine (sans aide)	Vision lointaine (aidé)
Œil droit (OD)	6/10	6/10		
Œil gauche (OS)	5/10	5/10		
Les deux yeux (OU)	6/10	6/10		
Veuillez détailler les anomalies :				

Test auditif (employés de bureau uniquement)

Effectuez l'un des tests suivants :

Le test de Rinne	Résultat	Commentaires
Audition normale (Rinne positif ou perte auditive neurosensorielle)		
Perte auditive de transmission		
Perte auditive totale		

Test de Weber	Résultat	Commentaires
Audition normale		
Perte auditive de transmission		
Perte auditive neurosensorielle		

Test de chuchotement	Oreille gauche (ft/m)	Oreille droite (ft/m)
Audition normale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input checked="" type="checkbox"/>
L'employé n'entend pas	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

L'employé a entendu des phrases et les a répétées correctement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Moins de 3 phrases correctes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Trois phrases correctes ou plus	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

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.

Composants de l'analyse d'urine

pH	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Couleur	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Densité spécifique	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Cétones	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Nitrites	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Albumine/Protéine	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Glucose	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Globules rouges	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Globules blancs	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Bilirubine et urobilinogène	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

Si « Anormal », veuillez détailler les anomalies

Dépistage de drogues dans l'urine

Nom du test	Négatif	Positif
1. Amphétamine et méthamphétamine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Dépistage de drogues dans l'urine		
Nom du test	Négatif	Positif
2. Cannabinoïdes/THC, y compris le THC synthétique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Métabolite de la cocaïne	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Opiacés (codéine et morphine)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Benzodiazépines	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kétamine (obligatoire uniquement dans le cadre de l'examen médical annuel)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Analyse de sang		
Veuillez cocher cette case si vous ne pouvez pas prélever un échantillon de sang en raison de veines en mauvais état <input type="checkbox"/>		
Nom du test	Dans les limites normales	Hors des limites normales
1. Glycémie à jeun	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
2. Test de la fonction hépatique (GGT, ALT, AST) si cliniquement indiqué	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
3. Tests de la fonction rénale (urée, créatinine) si cliniquement indiqué	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
4. Numération sanguine complète	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
5. HbA1C	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
6. Bilan lipidique (cholestérol total, cholestérol LDL, cholestérol HDL, rapport TChol /HDL, rapport TChol /LDL, triglycérides)	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
Veuillez préciser si anormal :		



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Effectuez les tests suivants (en-têtes verts) uniquement s'ils sont cliniquement indiqués pour les employés de bureau

Électrocardiogramme – ECG

ECG de repos

- requis pour >40 ans.
- pendant < 40 ans, à effectuer si cliniquement indiqué sur la base du calcul du risque de MCV (www.cvdcheck.org.au)

ECG de repos (un ECG à 12 dérivations est requis. L'interprétation informatisée seule n'est pas suffisante. L'interprétation par un médecin légiste est requise)

 Normale

 Anormal

ECG de stress ou test de Chester Step (si cliniquement indiqué sur l'interprétation de l'ECG ; et score de risque de MCV > 10 % (à considérer pour tous les diabétiques et les personnes présentant de multiples facteurs de risque cardiaque.)

 Normale

 Anormal

Si « Anormal », veuillez détailler les anomalies (joindre un rapport) :

Spirométrie – si cliniquement indiquée (non obligatoire, uniquement si antécédents cliniques respiratoires significatifs)

Au moins 3 coups sont nécessaires

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 - si cliniquement indiquée (non obligatoire, uniquement si antécédents cliniques respiratoires significatifs)

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 :



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Imagerie - si cliniquement indiquée (non obligatoire, uniquement si antécédents cliniques respiratoires significatifs)

Radiographie du thorax	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
------------------------	----------------------------------	----------------------------------

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.

L'employé/candidat a-t-il refusé l'un des vaccins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

Si « oui », veuillez préciser :

Vaccinations proposées et administrées

<input checked="" type="checkbox"/> Hépatite A	<input checked="" type="checkbox"/> Méningite MenACWY	<input checked="" type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input checked="" type="checkbox"/> Choléra
<input checked="" type="checkbox"/> Hépatite B	<input type="checkbox"/> Encéphalite japonaise	<input checked="" type="checkbox"/> Fièvre jaune	<input type="checkbox"/> ROR	<input type="checkbox"/> BCG
<input type="checkbox"/> Rage	<input checked="" type="checkbox"/> Diphtérie	<input checked="" type="checkbox"/> Coqueluche	<input checked="" type="checkbox"/> Typhoïde	<input checked="" type="checkbox"/> Polio

Autres (veuillez préciser) : *vacciner dans son pays*
Penta, typhin, Méningo ne sont pas disponibles au tel



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

L'employé/candidat a-t-il refusé l'un des vaccins ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<p><i>Déclaration à signer par l'employé s'il refuse une vaccination.</i></p> <p><i>" 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 "</i></p>		
Si oui précisez :		

Prophylaxie contre le paludisme		
Si une prophylaxie contre le paludisme est nécessaire, veuillez prescrire suffisamment de médicaments pour 30 jours.	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Indiquer pour des raisons médico-légales SI APPROPRIÉ :		
Avez-vous fourni à l'employé/candidat des informations générales sur les mesures préventives à prendre pour éviter les piqûres de moustiques, sur la façon de reconnaître les premiers symptômes du paludisme et sur la marche à suivre en cas de suspicion ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Médicament		
<input type="checkbox"/> Malarone (Atovaquone/Proguanil)	<input type="checkbox"/> Doxycycline	
<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Lariam	
<input type="checkbox"/> Prescrit	<input type="checkbox"/> Acheté	<input type="checkbox"/> Refusé

Doc. Non.	HSEC_FOR_0310
Version:	1,00
Préparé par	CAP Medilink
Révisé par	Dr. Sékou Camara
Approuvé par :	Leon Payne
Date d'approbation :	06/02/2025



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

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



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Référence indiquée			
<input type="checkbox"/> Médecin interniste	<input type="checkbox"/> Chirurgien	<input type="checkbox"/> Ophtalmologiste	<input type="checkbox"/> Pédiatre
<input type="checkbox"/> Chirurgien orthopédiste	<input type="checkbox"/> Psychologue	<input type="checkbox"/> Neurologue	<input type="checkbox"/> Diététicien
<input type="checkbox"/> Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Cardiologue	<input type="checkbox"/> Chirurgien Cardiothoracique	<input type="checkbox"/> Urologue
<input type="checkbox"/> Endocrinologue	<input type="checkbox"/> Néphrologue	<input type="checkbox"/> Chirurgien ORL	<input type="checkbox"/> Hématologue
<input type="checkbox"/> Psychiatre	<input type="checkbox"/> Gastroentérologue	<input type="checkbox"/> Neurochirurgien	<input type="checkbox"/> Spécialiste en maladies infectieuses
<input type="checkbox"/> Pneumologue	<input type="checkbox"/> Dermatologue	<input type="checkbox"/> Gynécologue	<input type="checkbox"/> Dentiste
Autres (veuillez préciser)			
<input type="checkbox"/> L'employé/demandeur a été informé de résultats anormaux			
<input type="checkbox"/> Rapport demandé au médecin personnel de l'employé/du candidat et attente du rapport			
<input type="checkbox"/> 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 examinateur	
Nom du centre médical :	
Nom et prénom du médecin examinateur :	
Adresse de la rue:	
Numéro de téléphone:	
E-mail:	
Certification	
<i>Je certifie par la présente que les informations fournies sont, à ma connaissance, véridiques.</i>	
Signature du médecin examinateur	



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Coordonnées, signature et cachet du médecin examinateur

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 conformément aux directives et, à mon avis, est

 Aptitude 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

Date de signature

(JJ/MM/AAAA)

Date d'expiration

(JJ/MM/AAAA)



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Cachet du médecin légiste :

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'entrepriseTest de dépistage de drogues
dans l'urinePasser Échouer OU Résultat du test sanguin
de dépistage de droguesPasser Échouer Maintien de la chaîne de
traçabilitéOui Non Signature du médecin
examineur

Date de signature (JJ/MM/AAAA)

Résultat du médecin
examineur (le cas échéant et
disponible) Positif Négatif Non concluantCachet du médecin
examineur



MAG 1_Évaluation médicale préalable à l'embauche et annuelle

Fin du bilan de santé	
<p>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 la carte de vaccination sont tous joints lors de la soumission des résultats à l'équipe médicale de Simfer.</p>	
Ordre de soumission des résultats	
1. Formulaire de consentement - si la personne n'a pas soumis de 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. <i>Veuillez ne pas soumettre les résultats de plusieurs membres en un seul lot - séparez les résultats des membres individuels avant de les soumettre.</i>	
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:	
Objet de la soumission par e-mail	
Confidentiel : Résultats complets pour <Nom et Prénom><Simandou>	
Confidentiel : Résultats incomplets pour <Nom et Prénom>< Simandou>	
Veuillez préciser dans le corps du courriel quels résultats de test sont encore en attente :	

Certificado Internacional de Vacinação ou de Profilaxia
International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat International de Vaccination ou de l'Administration d'une Prophylaxie

Certifica-se que [nome]
 This is to certify that [name]
 Nous certifions que [nom]

data de nascimento sexo nacionalidade
 date of birth gender nationality
 né(e) le de sexe et de nationalité

documento de identificação nacional, se aplicável
 national identification document, if applicable
 document d'identification national, le cas échéant

cujá assinatura é a seguinte
 whose signature follows
 dont la signature suit

foi vacinado(a) ou recebeu profilaxia na data indicada contra: (nome da doença ou afecção)
 has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition)
 a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre: (nom de la maladie ou de l'affection)

..... em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional.
 in accordance with the International Health Regulations.
 conformément au Règlement Sanitaire International.

Vacina ou profilaxia <i>Vaccine or prophylaxis</i> <i>Vaccin ou agent prophylactique</i>	Data <i>Date</i> <i>Date</i>	Assinatura e título do profissional responsável <i>Signature and professional status of supervising clinician</i> <i>Signature et titre du clinicien responsable</i>	Laboratório e lote da vacina ou profilaxia <i>Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis</i> <i>Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot</i>	Certificado válido de ... até ... <i>Certificate valid from until</i> <i>Certificat valable à partir de jusqu'au</i>	Carimbo oficial do serviço <i>Official stamp of administering centre</i> <i>Cachet officiel du centre habilité</i>
Febre Amarela	2019-05-21	Dr. Delfina Antunes	Posição 657-201	até ...	PROFUGAL Direcção Geral de Saúde
Polio Scaud	27-05-21	Dr. Delfina Antunes	881 195-C		PROFUGAL Direcção Geral de Saúde
Hebete G A+B	27-05-21	Dr. Delfina Antunes	THW 2x AH40 B2SCA		SANIDADE DE FRONTIERS N.º 65 N.º 48
Covid-19	27-05-21	Astazenecc	4140202		
Covid-19	27-05-21	Astazenecc	41212017		

O presente certificado só é válido se a vacina ou profilaxia utilizada tiver sido aprovada pela Organização Mundial de Saúde.
 O presente certificado deve ser assinado pelo médico ou outro profissional de saúde autorizado que supervisione a administração da vacina ou da profilaxia. No certificado deve ser aposto o selo oficial do centro habilitado que não pode, contudo, ser considerado como substituto da assinatura.
 Qualquer correção ou rasura no certificado ou a omissão de uma das informações pedidas pode conduzir à sua nulidade.
 A validade do presente certificado corresponde à data indicada para a vacina ou para a profilaxia administrada. O certificado deve ser preenchido integralmente em inglês ou em francês. Pode também ser preenchido numa outra língua, além da inglesa ou francesa.
This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.
This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.
Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.
The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.
Ce certificat n'est valable que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé.
Ce certificat doit être signé de la main du clinicien - médecin ou autre agent de santé agréé - qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature.
Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner sa nullité.
Ce certificat est valable jusqu'à la date indiquée pour le vaccin ou l'agent prophylactique administré. Il doit être établi intégralement en anglais ou en français. Le même certificat peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglais ou du français.

Certificado Internacional de Vacinação ou de Profilaxia
International Certificate of Vaccination or Prophylaxis
Certificat International de Vaccination ou de l'Administration d'une Prophylaxie

Certifica-se que [nome]
 This is to certify that [name]
 Nous certifions que [nom]

data de nascimento sexo nacionalidade
 date of birth gender nationality
 né(e) le de sexe et de nationalité

documento de identificação nacional, se aplicável
 national identification document, if applicable
 document d'identification national, le cas échéant

cujá assinatura é a seguinte
 whose signature follows
 dont la signature suit

foi vacinado(a) ou recebeu profilaxia na data indicada contra: (nome da doença ou afeição)
 has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition)
 a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre: (nom de la maladie ou de l'affection)

em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional.
 in accordance with the International Health Regulations.
 conformément au Règlement Sanitaire International.

Vacina ou profilaxia Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Data Date Date	Assinatura e título do profissional responsável Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	Laboratório e lote da vacina ou profilaxia Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccine ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificado válido de ... até ... Certificate valid from until Certificat valable à partir du jusqu'au	Carimbo oficial do serviço Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité
1 Feve acaval	2019-05-27	ARS Norte, IP Departamento de Saúde Pública Sanidade Internacional Dr. Delfina Antunes	Posteo 65730-7		PORTUGAL DIRECÇÃO GERAL SANTÉ DE PORTUGAL DIRECÇÃO GERAL de Saúde
2 Polio Said	2019-05-27	ARS Norte, IP Departamento de Saúde Pública Sanidade Internacional Dr. Delfina Antunes	882 195-C		PORTUGAL DIRECÇÃO GERAL de Saúde SANTÉ DE PORTUGAL DIRECÇÃO GERAL de Saúde
3 Hebito Ato	2019-05-27	ARS Norte, IP Departamento de Saúde Pública Sanidade Internacional Dr. Delfina Antunes	THINEX AHA8 BLSGA		PORTUGAL DIRECÇÃO GERAL de Saúde SANTÉ DE PORTUGAL DIRECÇÃO GERAL de Saúde N.º 65 N.º 48
4 Covid-19	27-05-19	ASHAZENCA	(140202)		
5 Covid-19	27-05-19	ASHAZENCA	(140202)		

O presente certificado só é válido se a vacina ou profilaxia utilizada tiver sido aprovada pela Organização Mundial de Saúde.
 O presente certificado deve ser assinado pelo médico ou outro profissional de saúde autorizado que supervisione a administração da vacina ou da profilaxia. No certificado deve ser aposto o selo oficial do centro habilitado que não pode, contudo, ser considerado como substituto da assinatura.

Qualquer correção ou rasura no certificado ou a omissão de uma das informações pedidas pode conduzir à sua nulidade.
 A validade do presente certificado corresponde à data indicada para a vacina ou para a profilaxia administrada. O certificado deve ser preenchido integralmente em inglês ou em francês. Pode também ser preenchido numa outra língua, além de inglesa ou francesa.

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.
 This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.
 The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.

Ce certificat n'est valable qu'il si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par l'Organisation Mondiale de la Santé.
 Ce certificat doit être signé de la main du clinicien - médecin ou autre agent de santé agréé - qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature.
 Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner sa nullité.
 Ce certificat est valable jusqu'à la date indiquée pour le vaccin ou l'agent prophylactique administrés. Il doit être complété en anglais ou en français.

VACINAS E TUBERCULINA ADMINISTRADAS

Doses	Pn (PCV)	Outra vacina: VHA3	Outra vacina:	BCG
1.º	Data: 20 / / Nome comercial: Lote: Rub.:	20 12 / 11 / 14 TWINEX AHAB256AJ	20 / /	Data: / / Nome comercial: Lote: Rub.:
2.º	Data: 20 / / Nome comercial: Lote: Rub.:	20 12 / 11 / 14 TWINEX AHAB256AJ U. S. F. N. O. M. V. I. A	20 / /	Data: / / Nome comercial: Lote: Rub.:
3.º	Data: 20 / / Nome comercial: Lote: Rub.:	20 12 / 12 / 15 TWINEX ADULTO Lote: AHAB256AJ VAL: 09-2014	20 / /	Data: / / Nome comercial: Lote: Rub.:
4.º	Data: 20 / / Nome comercial: Lote: Rub.:	20 14 / 01 / 03 TWINEX ADULTO Lote: AHAB266DB VAL: 02-2015	20 / /	Data: / / Nome comercial: Lote: Rub.:

**Clinda Silva
Enfermeira**

Observações

BV transcrita pelo SIMUS

**Clinda Silva
Enfermeira**

VACINAS ADMINISTRADAS

Doses		VGB (HebB)		DTP		VIP (IPV)		HIB	
1.º	Data 20 / 11 / 2014	Nome comercial Tibanna	Lot: AHAB256AJ	Val: 09-2014	✓	✓	✓	✓	✓
2.º	Data 20 / 11 / 2014	Nome comercial	Lot: / /	Data 20 / 11 / 2014	✓	✓	✓	✓	✓
3.º	Data 20 / 11 / 2014	Nome comercial	Lot: / /	Data 20 / 11 / 2014	✓	✓	✓	✓	✓
4.º	Data 20 / 11 / 2014	Nome comercial	Lot: / /	Data 20 / 11 / 2014	✓	✓	✓	✓	✓
5.º	Data 20 / 11 / 2014	Nome comercial	Lot: / /	Data 20 / 11 / 2014	✓	✓	✓	✓	✓

VGB (HebB) - Hepatite B, DTP - Difteria, Tetano, pertussis (Toase convulsa), VIP (IPV) - Poliomielite (vacina trivacada), Hib - Doença invasiva por Haemophilus influenzae b.

