

Total 97

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

Avis de confidentialité :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nom en caractères d'imprimerie : Koué Lassina Signature: 

Date: 23/05/2025

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC_FOR_031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

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

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

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
	MAG 2_ Evaluation médicale annuelle		

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

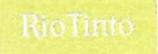
Évaluation des risques pour la santé

a) Risques sanitaires spécifiques au site

Nom du site, emplacement	Évaluation des risques sanitaires du pays (Portail SOS International)	Évaluation des risques HSES du site	Risques potentiels pour la santé du site	Contrôle de santé et vaccinations pour atténuer les risques
Simandou Projet SimFer, Guinée	Extrême		<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
<i>Conditions médicales qui déclenchent des examens/tests cliniques supplémentaires nécessaires pour confirmer le diagnostic et la gravité des conditions médicales identifiées.</i>

 	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

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

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

Condition	Critères d'évaluation/Valeurs absolues
Troubles sanguins	
1. Anémie / Troubles sanguins	<ul style="list-style-type: none"> Hémoglobine < 12 g/dL (pour les femmes), < 13 g/dL (pour les hommes)
2. Polyglobulie/Erythrocytose	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> Souffle de grade détecté (1 à 6) à l'auscultation ; une échocardiographie peut être nécessaire pour une investigation plus approfondie. Résultats échocardiographiques : régurgitation importante, sténose avec gradient de pression > 50 mmHg ou surface valvulaire < 1,0 cm² Problèmes actifs d'insuffisance cardiaque, d'arythmies ou d'infarctus du myocarde.
5. Patients ayant subi un pontage coronarien	<ul style="list-style-type: none"> Antécédents de pontage aortocoronarien (PAC) ; une fraction d'éjection < 40 % peut indiquer une mauvaise fonction cardiaque
Troubles endocriniens et métaboliques	
6. Pathologie rénale	<ul style="list-style-type: none"> DFG < 60 mL/min/1,73 m² pendant > 3 mois, taux de créatinine élevés > 1,2 mg/dL pour les femmes ou > 1,4 mg/dL pour les hommes
7. Diabète sucré Incontrôlé (type I ou II)	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> CVF (Capacité Vitale Forcée) réduite < 80 % des valeurs prédites. Rapport VEMS1/CVF > 70 %
9. BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive)	<ul style="list-style-type: none"> VEMS1/CVF < 70 %, VEMS1 < 80 % de la valeur prédite
Affections psychiatriques et psychologiques	

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

10. Pathologie psychologique/ Psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostic des troubles de santé mentale (par exemple, dépression, anxiété, schizophrénie) selon les critères de la CIM-10/CIM-11. ▪ Gravité évaluée à l'aide de questionnaires standardisés (par exemple, PHQ-9 pour la dépression)
Déficiences sensorielles et fonctionnelles	
11. Perte auditive	▪ Audiométrie : perte auditive > 25 dB dans une ou les deux oreilles
Affections ophtalmologiques	<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 pneumonectomie, splénectomie, néphrectomie, etc.

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

Contre-indications absolues	
<p><i>Conditions médicales susceptibles de restreindre les déplacements ou d'avoir un impact sur l'aptitude au travail.</i></p> <p><i>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.</i></p>	
Affections cardiovasculaires	
1. Fibrillation ou flutter auriculaire WPW Syndrome de Wolff-Parkinson-White	▪ ECG : fibrillation/flutter auriculaire documenté ou syndrome de WPW provoquant une instabilité
2. Valvulopathie fonctionnelle (Niveau III ou supérieur)	Constatations échocardiographiques : <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 %

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

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
Affections neurologiques	
9. Histoire de la thrombose veineuse cérébrale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Événements récents ou récurrents ; preuve de déficits neurologiques résiduels
10. Épilepsie avec crise (au cours des 12 mois)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pression artérielle pulmonaire > 25 mmHg au repos ou > 30 mmHg à l'effort
12. BPCO sévère (VEMS < 40 %)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ VEMS1 < 40 % de la valeur prédite ; symptômes d'insuffisance respiratoire malgré un traitement optimal
13. Tuberculose pulmonaire active	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Culture d'expectorations positive, ▪ Résultats de la radiographie thoracique, ou ▪ Signes cliniques d'infection systémique
14. Asthme (crises récurrentes)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Crises graves multiples nécessitant une intervention d'urgence. ▪ Asthme instable avec hospitalisations fréquentes
Affections rénales et endocriniennes	
15. Insuffisance rénale et maladies rénales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DFG < 30 mL/min/1,73 m² ; Créatinine > 2,0 mg/dL ou ▪ Antécédents d'insuffisance rénale aiguë
16. Diabète de type 1 (avec complications dégénératives)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preuve de néphropathie, de rétinopathie, de neuropathie ou ▪ Complications cardiovasculaires liées au diabète
17. Maladies surrénaliennes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preuve d'une TVP récente ; résultats positifs à l'échographie Doppler ou à la TDM
19. Troubles liés au sang	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anémie avec hémoglobine inférieure à 12 ; Maladies hématologiques malignes, troubles de la coagulation si le risque de thrombose ou de saignement est élevé

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC_FOR_031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

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/m²	▪ Obésité classe III. ▪ IMC > 40 kg/m ² avec complications (par exemple, apnée du sommeil, hypertension, diabète)
Cancer et maladies malignes	
24. Maladies malignes	▪ Tumeur maligne active avec métastases ou traitement de chimiothérapie/radiothérapie en cours. ▪ Examinés individuellement, en tenant compte de l'histoire naturelle et du pronostic du néoplasme. ▪ Inapte au travail compte tenu des limites du système de santé local.
Problèmes de santé mentale	
25. Troubles psychiatriques graves	▪ Dépression grave, psychose, trouble bipolaire ou schizophrénie interférant avec le rendement au travail ou la sécurité
Affections visuelles et auditives	
26. Perte auditive fonctionnelle > 40 dB	▪ Audiométrie : une perte auditive fonctionnelle supérieure à 40 dB dans la meilleure oreille à 500, 1 000 et 2 000 Hz, ou à 60 dB à 3 000 et 4 000 Hz, constitue un motif d'inaptitude à occuper des postes critiques pour la sécurité.
27. Vision monoculaire	▪ Acuité visuelle < 6/12 dans un œil ; ne convient pas aux rôles critiques pour la sécurité nécessitant une vision binoculaire
Affections chirurgicales et physiques	
28. Grossesse (compliquée)	▪ Complications telles que la prééclampsie, les grossesses multiples, les comorbidités ou les complications affectant la mobilité
29. Intervention chirurgicale majeure récente	▪ Période de récupération < 6 semaines après une intervention chirurgicale majeure ou des complications nécessitant une récupération prolongée
30. Conditions chirurgicales (jusqu'au traitement)	▪ Affections nécessitant une intervention chirurgicale (par exemple, hernie, appendicite, calculs biliaires) ou en attente d'une intervention chirurgicale
Troubles cutanés et sensoriels	
31. Affections cutanées	▪ Affections cutanées aggravées par l'exposition au travail ou interférant avec les EPI (par exemple, eczéma sévère, brûlures)
32. Maladies incurables de l'oreille interne	▪ Troubles de l'équilibre, vertiges, mal des transports sévères compromettant la capacité à travailler en toute sécurité
Affections de la colonne vertébrale et de l'appareil locomoteur	
33. Maladies de la colonne vertébrale	▪ Mobilité limitée ou incapacité à soulever des charges lourdes ou à utiliser des machines en toute sécurité.

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisation de médicaments immunosuppresseurs ou de traitements affectant la fonction immunitaire et augmentant le risque d'infection

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

Section A

Renseignements personnels

Renseignements personnels	
Prénom de l'employé	LASSINA
Nom de l'employé	KONE
Deuxième(s) prénom(s)	
Prénom	LASSINA
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	07/01/1986
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 ENGEL GUINEE
Âge	39 ans
Numéro de passeport (nécessaire en cas d'évacuation)	23 AP 93 737
Nationalité	IVOIRIENNE
Numéro de téléphone au travail	+224 624 27 42 62
Numéro de téléphone à domicile	+225 07 59 85 68 36
Numéro de téléphone portable	+224 624 27 42 62
Courriel personnel	kone67222@gmail.com
Courriel professionnel	
Nom du chantier	Siatouro
Lieu de travail/localisation (pays d'affectation)	Guinée
Numéro d'employé	5003479
Calendrier de rotation (affectations en rotation)	3 mois de Travail / 2 semaines congés
Vous déménagez dans le pays d'affectation ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Langue maternelle	SENOUFO
Intitulé du poste/poste	Operator
Filiale/division	Construction
Assurance santé personnelle	CNAM; N° 3842438137165

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

Renseignements personnels	
Prénom de l'employé	LASSINA
Numéro d'assurance maladie personnelle	3842438137165
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence	LAZENT
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence	Tel: +225 07 09 67 21 23
Relation avec le contact d'urgence	Frère Jumeau
Date de départ (JJ/MM/AAAA)	11/05/2025
Date de retour (JJ/MM/AAAA)	15/08/2025
Parlez-vous anglais ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Adresse du domicile	AGNAMA en Face M'BIPÉ

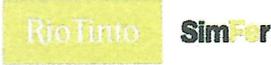
Détails de l'environnement de travail	
Spécificités du chantier (secteur minier)	
<input checked="" type="checkbox"/> Laboratoire du camp de terrain <input type="checkbox"/> souterrain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grandes villes uniquement (pas de travail sur site distant ni de déplacement offshore requis) <input type="checkbox"/> Centre de service <input type="checkbox"/> Laboratoire	
Type de mine	
<input type="checkbox"/> Atelier mécanique <input checked="" type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> Or <input type="checkbox"/> Cuivre <input type="checkbox"/> Charbon <input type="checkbox"/> Atelier mécanique de la plate-forme terrestre <input type="checkbox"/> Salt <input type="checkbox"/> Diamond <input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/> À la maison <input checked="" type="checkbox"/> Sur le lieu de travail
Si ailleurs, veuillez préciser la ville et le pays les plus proches.	

	Système de gestion HSEC	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
MAG 2_ Evaluation médicale 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
Operator	2018	2023	ENDEAVOR
Détails, le cas échéant			

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

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 checked="" type="checkbox"/> S'asseoir	<input checked="" type="checkbox"/> Conduire	<input type="checkbox"/> Squatter	<input type="checkbox"/> Monter aux échelles	<input 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 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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" 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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medlink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

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	
La toux 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 inexplicquée > 5 kg/11 lb par mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" 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 type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Si vous avez répondu « Oui », veuillez préciser la date approximative et si elle est en cours ou résolue :	

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

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

S'asseoir et parler à quelqu'un	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Assis tranquillement après le déjeuner sans alcool	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Dans une voiture, arrêtée pendant quelques minutes dans la circulation	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
SCORE TOTAL	1			

Questionnaire de dépistage de santé									
<p>Avez-vous déjà eu ou ressentez-vous actuellement l'un des symptômes et/ou conditions ci-dessous ? Si vous n'êtes pas sûr de la terminologie, veuillez demander de l'aide au médecin examinateur ou à l'infirmière. Si vous répondez « Oui » à l'une des questions, veuillez indiquer l'année au cours de laquelle l'affection est survenue. Si vous avez déjà répondu à la question dans la section sur les respirateurs ci-dessus, il n'est pas nécessaire de répéter votre réponse.</p>									
Groupe sanguin:									
<input type="checkbox"/> O+	<input type="checkbox"/> O-	<input type="checkbox"/> A+	<input type="checkbox"/> A-	<input type="checkbox"/> B+	<input checked="" 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		
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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 inexplicable > 5 kg 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"/>	
			27. Saignement rectal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	47. Flutter auriculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Oreille, nez et gorge		Oui	Non	28. Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	48. Dispositif cardiaque implantable	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Perte auditive	<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"/>	
9. Neurinome de l'acoustique	<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"/>	
10. Sinusite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	31. Brûlures d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	51. Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
11. Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Musculosquelettique		Oui	Non	52. Thrombose veineuse profonde	<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"/>	53. Embolie pulmonaire	<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"/>	

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

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"/>
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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	61. Maladie rénale chronique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Autres:

Vision des couleurs

Si oui, veuillez préciser à quelles couleurs :

Rouge

Jaune

Vert

Bleu

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

Diabète (à compléter uniquement si vous êtes diabétique)	Oui	Non	Année
Utilisez-vous de l'insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Testez-vous 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 (analyses sanguines trimestrielles) ?	<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"/>	
Autre			

	<h2>Systeme de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Autres troubles endocrinologiques	Oui	Non	Année
Veuillez préciser si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions :			

Antécédents chirurgicaux	
Veuillez énumérer toutes les interventions chirurgicales antérieures.	
Année	Raison
Vous a-t-on conseillé de subir une intervention chirurgicale dans les 3 prochains mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Quel type de chirurgie avez-vous subi ?	

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 inexplicquée > 5 kg/11 lb 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			
Avez-vous déjà souffert de :	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"/>	

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

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 ?	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Se sentir déprimé, déprimé ou désespéré	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Se sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Manque d'appétit ou suralimentation	<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	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input 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	<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.	<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	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Score total	0			

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

	<h2>Systeme de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medlink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
MAG 2_ Evaluation médicale annuelle			

Autres – Maladies/phobies infantiles, etc.					
Condition	Oui	Non	Condition	Oui	Non
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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		
<i>Veillez indiquer les noms et dosages de tous les médicaments pris au cours des 4 dernières semaines (y compris les médicaments en vente libre, les inhalateurs contre l'asthme, les suppléments à base de plantes et les médicaments sur ordonnance). Veillez également indiquer tous les médicaments contre le rhume et la grippe ainsi que les analgésiques.</i>		
Nom du médicament	Raison d'utilisation	Force et fréquence

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

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

--

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

 	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
MAG 2_ Evaluation médicale annuelle			

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

--

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 remplir 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 checked="" type="checkbox"/>	
Pipe à fumer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tabac à chiquer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 membre de votre famille, un ami, un médecin ou un professionnel de la santé s'est-il déjà inquiété de votre consommation d'alcool ou vous a-t-il suggéré de réduire votre consommation d'alcool ?	<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) :		
Veuillez préciser si « Oui » :		

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

--

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 :
<p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Marathon 2 fois / semaine</p>

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) :	Pour la vie		
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) ?	Travail		
Date d'expiration (JJ/MM/AAAA) :	11/08/2025		
Êtes-vous entièrement vacciné contre la COVID-19 ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
Date (JJ/MM/AAAA) :	26/11/21		

	<h2>Systeme de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC_FOR_031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

Si « oui », nom du vaccin :	V1* <input checked="" type="checkbox"/>	V2** <input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------------	---	--

V1* = Vaccination 1 (première dose)

V2** = Vaccination 2 (deuxième dose)

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

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

sur www.internationalosos.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

23/05/25

Date (JJ/MM/AA)

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

Section B

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

Examen physique (examen par un médecin)
<i>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.</i>
<i>Si l'employé/candidat refuse/n'est pas prêt à subir un examen spécifique, veuillez documenter cela comme « refusé ».</i>

Signes vitaux			
Taille (cm)	178	Poids (kg)	74
Indice de masse corporelle (IMC)	23,3	Température (°C ou °F)	36,7
Respiration (respirations par minute)	19	Rythme du pouls :	<input checked="" type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier
Pression artérielle (mmHg) – première mesure	114/74	Fréquence du pouls (bpm)	60
Tension artérielle – deuxième lecture après 5 minutes, si la lecture initiale est ≥ 140/90 mmHg		Sat O ₂ %	97

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

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

Examen physique		
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) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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

Impression mentale générale (aucun examen psychiatrique requis)	
Cognitif :	Normal
Comportementale :	Normal
Sociale :	Normale

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	

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.	

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non. : HSEC FOR 031054
		Version : 1,00
		Préparé par : CAP Medilink
		Révisé par : Dr. Sékou Camara
		Approuvé par : Leon Payne
		Date d'approbation : 06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>		

Examen de la vue						
Acuité visuelle					Champs visuels	
	Aidé		Sans aide		<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Défectueux
Vision de près	L	R	OU	L 9	R 9	OU
Vision lointaine	L	R	OU	L 9	R 9	OU
Vision des couleurs						
Rouge						Bleu
Normale						

Veuillez détailler les anomalies :

Audiométrie basée sur les groupes d'exposition – requise en cas d'exposition.									
Oreille gauche					Oreille droite				
Catégorie HSE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Catégorie HSE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Si anormal, veuillez cocher pourquoi					Si anormal, veuillez cocher pourquoi				
Perte auditive de transmission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte auditive de transmission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte auditive neurosensorielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte auditive neurosensorielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte auditive due à l'âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte auditive due à l'âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte auditive dans les hautes fréquences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte auditive dans les hautes fréquences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<h2>Systeme de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Audiométrie basée sur les groupes d'exposition – requise en cas d'exposition.					
Oreille gauche			Oreille droite		
Perte auditive unilatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte auditive unilatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte auditive rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte auditive rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incertain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incertain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Somme des niveaux d'audition à 1, 2, 3, 4 et 6 kHz				
Âge	Hommes		Femmes	
	Niveau d'avertissement	Niveau de référence	Niveau d'avertissement	Niveau de référence
18-24	51	95	46	78
25-29	67	113	55	91
30-34	82	132	63	105
35-39	100	154	71	119
40-44	121	183	80	134
45-49	142	211	93	153
50-54	165	240	111	176
55-59	190	269	131	204
60-64	217	269	157	235

	<h2 style="margin: 0;">Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3 style="margin: 0;">MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

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

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

<p>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 calcul du risque de maladie cardiovasculaire) www.cvdcheck.org.au</p>		
<p>Un ECG à 12 dérivations est nécessaire. L'interprétation informatisée seule n'est pas suffisante. Une interprétation par un médecin légiste est requise.</p>		
ECG de repos	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
ECG de stress ou test de Chester Step Si cela est cliniquement indiqué lors de l'interprétation de l'ECG ; à considérer pour tous les diabétiques et les personnes présentant plusieurs facteurs de risque cardiaque	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
<p>Si « Anormal », veuillez détailler les anomalies :</p>		

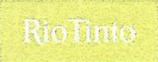
	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Spirométrie - basée sur les groupes d'exposition - requise en cas d'exposition.		
Il faut au moins 3 coups.		
CVF	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
VEMS1	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
Rapport VEMS1/CVF	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
Interprétation :		

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

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

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

 	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non. : HSEC FOR_031054
		Version : 1,00
		Préparé par : CAP Medilink
		Révisé par : Dr. Sékou Camara
		Approuvé par : Leon Payne
		Date d'approbation : 06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>		

Composants de l'analyse d'urine
Si « Anormal », veuillez détailler les anomalies :

Dépistage de drogues dans l'urine		
Nom du test	Négatif	Positif
1. Amphétamine et méthamphétamine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 type="checkbox"/> Normale	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal
2. Fonctions hépatiques	<input checked="" type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormal
3. Fonctions rénales	<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 :

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

Vaccinations
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>

Vaccinations proposées et administrées				
<input type="checkbox"/> Hépatite A	<input checked="" type="checkbox"/> Méningite MenACWY	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Choléra
<input 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 type="checkbox"/> Diphtérie	<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input checked="" type="checkbox"/> Typhoïde	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Autres (veuillez préciser) :				

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

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

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

La conclusion du médecin examinateur	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
Commentaires supplémentaires du médecin légiste :	

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

--	--

Référence indiquée			
<input type="checkbox"/> Médecin	<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 Généraliste 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 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 légiste	
Nom du centre médical :	MESVIE - BEYLA
Nom et prénom du médecin légiste :	Doctor Souleymane DAMBA
Adresse de la rue :	Ki'Si'hou - Beyla
Numéro de téléphone :	+224 628 63 4819
E-mail :	damba80uleyman@gmail.com
Certification	
Je certifie par la présente que les informations fournies sont, à ma connaissance, une déclaration véridique.	
Signature du médecin légiste	

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

Coordonnées, signature et cachet du médecin	
	
Cachet du médecin examinateur	
Date (JJ/MM/AAAA)	23/05/2025

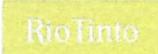
Certificat d'aptitude médicale	
Prénom de l'employé :	
Nom de l'employé :	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :	
Nom de l'employeur/de l'entreprise	
Titre d'emploi :	
Commentaires supplémentaires :	
Cet employé/candidat a été examiné par les Lignes directrices et, à mon avis, est <input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte <input type="checkbox"/> 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 examinateur	
----------------------------------	--

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>	Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025

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

Certificat de dépistage de drogues			
À remplir par un médecin/technicien agréé :			
Prénom de l'employé :			
Nom de l'employé :			
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :			
Nom de l'employeur/de l'entreprise			
Test de dépistage de drogues dans l'urine	Passer <input type="checkbox"/>	Échouer <input type="checkbox"/>	
OU Résultat du test sanguin de dépistage de drogues	Passer <input type="checkbox"/>	Échouer <input type="checkbox"/>	
Maintien de la chaîne de traçabilité	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Signature du médecin légiste			
Date de signature (JJ/MM/AAAA)			
Résultat du médecin examinateur (le cas échéant et disponible)	<input type="checkbox"/> Positif	<input type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Non concluant

 	<h2>Systeme de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medlink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
	<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>		

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

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

	<h2>Système de gestion HSEC</h2>	Doc. Non.	HSEC FOR 031054
		Version :	1,00
		Préparé par	CAP Medilink
		Révisé par	Dr. Sékou Camara
		Approuvé par :	Leon Payne
		Date d'approbation :	06/02/2025
<h3>MAG 2_ Evaluation médicale annuelle</h3>			

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



MED VIE
medecine de la vie

LABORATOIRE D'ANALYSES BIOMEDICALES

<i>Examen n° : 97</i>	<i>Effectué le : 23/05/2025</i>
<i>Nom : KONE</i>	<i>Edité le : 23/05/2025</i>
<i>Prénoms : LASSINE</i>	<i>Prescripteur : Dr RACHID</i>
<i>Age : ANS Sexe : M</i>	<i>Service : MEDECINE DE TRAVAIL</i>
<i>Profession :</i>	<i>Prise en charge : MOTA ENGIL</i>

**RESULTATS – HEMOGLOBINE
GLYQUEE (Hb A_{1C})**

<i>Analyses</i>	<i>Résultats</i>	<i>Valeur Normale</i>
<i>Hémoglobine Glyquée (Hb A_{1C})</i>	<i>6.3 %</i>	<i>Diabétique et métabolisme normal < 6,5 %</i>



LE RESPONSABLE

Dr Camara