

MW/RT/213

RioTinto

SimFer

Système de gestion
SSEC

N° du doc. : HSEC_FOR_031044

Version : 1.0

Réviseur : Sékou Camara

Approuvé par : Sofiane Chebli

Date d'approbation : 30/09/2024



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Simfer S.A., membre du groupe Rio Tinto, s'engage à protéger la santé et la sécurité de notre main-d'œuvre et des visiteurs de nos exploitations en Guinée. L'approbation médicale est obligatoire avant de travailler pour le projet Simandou.

Le certificat médical d'aptitude doit être envoyé à simfermedicalteam@riotinto.com. 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 qui sont nécessaires aux fins suivantes :

- Déterminer si vous êtes apte à travailler sur le projet Simandou ;
- Vous prodiguer les soins médicaux appropriés si nécessaire ;
- s'assurer que vous avez reçu tous les vaccins obligatoires ;
- S'assurer que vous avez été informé et qu'on vous a proposé les vaccins vivement recommandés

La raison pour laquelle nous recueillons ces informations de santé tient au fait que travailler sur le projet Simandou pose des risques sanitaires importants. Il s'agit entre autres de l'accès limité aux installations et prestations médicales, des retards lors des évacuations médicales et de diverses maladies infectieuses et à transmission vectorielle.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale Simfer du projet Simandou. Si des anomalies médicales sont constatées sur votre formulaire d'évaluation, l'équipe médicale de Simfer est susceptible de partager vos données personnelles avec un médecin externe engagé pour fournir des prestations à Rio Tinto. Vos données personnelles ne seront partagées avec personne d'autre, sauf s'il faut vous administrer un traitement médical urgent ou vous évacuer en raison d'un problème médical grave. Dans de telles circonstances, il peut s'avérer nécessaire de partager vos données personnelles avec l'équipe sanitaire de Rio Tinto ou autres professionnels de la santé fournissant des prestations à Rio Tinto tels qu'International SOS, ou votre assureur (en ne communiquant systématiquement que le strict nécessaire).

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

En vertu de la [norme de confidentialité des données](https://www.riotinto.com/sustainability/policies) de Rio Tinto (disponible à l'adresse <https://www.riotinto.com/sustainability/policies>), vous disposez de droits en matière de confidentialité des données, notamment du droit de consultation ou rectification des fiches contenant vos données personnelles, et d'être renseigné sur le traitement des données. Pour exercer les droits de la personne concernée énoncés dans la norme de confidentialité des données, veuillez contacter Simfermedicalteam@riotinto.com ou envoyer un courriel à askE&C@riotinto.com.

Attestation et consentement : je confirme avoir lu le présent avis de confidentialité et consentir au traitement de mes données personnelles (dont mes informations de santé) comme exposé ci-dessus. Je comprends également que le traitement de mes données personnelles (dont mes informations de santé) peut être effectué si nécessaire afin de respecter les obligations légales de Rio Tinto, et que lorsque le traitement de mes données personnelles (dont mes informations de santé) se fonde sur mon consentement, je peux révoquer ce consentement en informant Simfermedicalteam@riotinto.com.

Nom en majuscules : TOLNO FASSA
08/10/2024

Signature :

Date

CONFIDENTIEL



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels

Le certificat médical d'aptitude doit être envoyé par courriel à l'équipe médicale de Simfer :
simfermedicalteam@riotinto.com

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

| | | | |
|------------------------|----------------------|-----------------|------------|
| Prénoms et nom | TOLNO FASSA | DDN | 01/01/1972 |
| Nationalité | GUINEENNE | | |
| Employeur | RIO-TINTO | | |
| Fonction/poste | FORMATEUR EVALUATEUR | | |
| Adresse personnelle | CANGA | | |
| Téléphone fixe | | Téléphone | 627842883 |
| Numéro de passeport/CI | BADGE S002393 | Date Expiration | XXX |
| Adresse mail | | | |
| Contact d'urgence | Nom | TOURE OUMOU | |
| | Téléphone | 622132818 | |
| | Adresse | | |

2 - QUESTIONNAIRE SANITAIRE :

À remplir par le demandeur avant l'examen médical. Répondez sincèrement à toutes les questions. Si vous répondez Oui, précisez en détail pour chaque cas dans le champ des commentaires ci-dessous.

Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement de l'une des conditions suivantes ?

| 1. | Antécédents familiaux (parents) | Oui | Non |
|--|---|--------------------------|-------------------------------------|
| | Maladie cardiaque ou hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Épilepsie ou convulsions | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Glaucome ou cécité | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Diabète sucré | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Cancer/hémopathie | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Maladie héréditaire/anomalies congénitales | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, TB, Asthme) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui. | | | |
| 2. | Antécédents médicaux | Oui | Non |
| 2.1 | Système nerveux central | | |
| | Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| | Vertiges, étourdissements ou titubements | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels

| | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Épilepsie ou convulsions | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Trouble mental ou psychologique, phobie | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.2 Système cardiovasculaire | | |
| Troubles cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral, crampes dans les mollets lors d'un exercice physique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Appareil respiratoire inférieur | | |
| Asthme, toux chronique, pneumoconiose | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tuberculose ou pneumonie | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.4 Appareil respiratoire supérieur | | |
| Troubles oto-rhino-laryngologiques | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles auditifs ou langagiers | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.5 Dermatologie et système musculosquelettique | | |
| Tumeurs malignes ou cancer | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.6 Appareil urinaire et reproducteur | | |
| Calculs rénaux ou infections urinaires | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Problèmes prostatiques/gynécologiques | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Êtes-vous enceinte ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 Organes abdominaux | | |
| Brûlures gastriques, indigestion fréquente | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Saignement rectal | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.8 Système endocrinien | | |
| Diabète sucré | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2.9 Maladies infectieuses | | |
| Hépatite B et C, VIH/IST | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.10 Autres | | |
| Allergies | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisation pour quelque raison que ce soit | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toute intervention ou opération chirurgicale | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problèmes oculaires | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels

Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature

 Oui Non

Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?

 Oui Non

Perte ou prise de poids inexpliquée

 Oui Non

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

HTA connue depuis 2021

Hépatite B depuis 2009.

Appendicectomie depuis 2019.

ATCD de brûlures gastriques, ATCD de paludisme.

3. Histoire sociale

Oui Non

Alcool

 Oui Non

Drogues récréatives

 Oui Non

Exercice, sport et loisirs

 Oui Non

Tabagisme

Jamais

 Oui Non

Ex-fumeur

 Oui Non

Fumeur

 Oui Non

Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?

Combien en consommez-vous ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ?

course 6 fois/semaine.

Commentaires :

4. Respiration/tuberculose

Oui Non

Toussez-vous habituellement dès le matin ?

 Oui Non

Toussez-vous habituellement en journée ou la nuit ?

 Oui Non

Avez-vous habituellement des remontées de mucosités en journée ou la nuit ?

 Oui Non

Avez-vous déjà craché du sang ?

 Oui Non

Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?

 Oui Non

Êtes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une légère pente en marchant ?

 Oui Non

Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?

 Oui Non

Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuintier ?

 Oui Non

Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos fonctions habituelles pendant une semaine ?

 Oui Non

Avez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine ?

 Oui Non

Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?

 Oui Non

Avez-vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?

 Oui Non

Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ?

 Oui Non

| | | | |
|---|--|----------------------|-----------------|
|  | <h2>Système de gestion SSEC</h2> | N° du doc. : | HSEC_FOR_031044 |
| | | Version : | 1.0 |
|  | <h3>Projet Simandou</h3> <h4>Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux</h4> <h4>Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels</h4> | Réviseur : | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Sofiane Chebli |
| | | Date d'approbation : | 30/09/2024 |

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

5 Traitement médicamenteux

Veillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement.

Amaday 5/8 mg (1 cp/jr) : Antihypertenseur

6 Allergies

Veillez indiquer si vous avez des allergies :

Nourriture :

Médicaments :

Produit chimique :

Autre :

3 - QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :

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

| Agent d'exposition | | | Date/durée de l'exposition | Protection utilisée | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | Oui | Non | | Oui | Non |
| Produits chimiques | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, précisez | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bruit | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vibrations | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Radioactivité | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Poussière d'amiante | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plomb | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres poussières (silice, charbon, or, diamant) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vous êtes-vous absenté du travail au cours de l'année dernière ? Dans l'affirmative, pour combien de temps et pour quels motifs ? | | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie professionnelle ou une demande d'indemnisation en tant qu'employé ? Si oui, indiquez : | | | | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels

Les causes de la maladie ou blessure

Le traitement médical que vous avez suivi et/ou continuez de suivre

Continuez-vous de souffrir des effets d'une blessure ou maladie professionnelle ?

Oui

Non

Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir :

DÉCLARATION DU DEMANDEUR :

Je déclare par la présente qu'à ma connaissance, les réponses à toutes les questions sont correctes, et n'avoir caché aucune information concernant ma santé passée ou présente.

Nom en majuscules :

Signature :

Date :

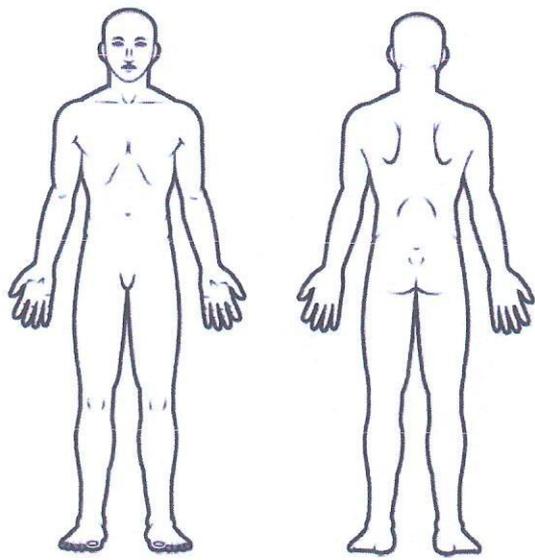
| | | | |
|---|------------------------------------|----------------------|-----------------|
|  | Système de gestion SSEC | N° du doc. : | HSEC_FOR_031044 |
| | | Version : | 1.0 |
| | | Réviseur : | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Sofiane Chebli |
| | | Date d'approbation : | 30/09/2024 |

| | |
|---|--|
|  | Projet Simandou |
| | Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels |

4 - EXAMEN MÉDICAL

À remplir par le médecin examinateur. Un examen minutieux de tous les systèmes est demandé, et toutes les rubriques doivent être remplies.

| | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|-------|-------------------------|--|-------------------------------------|
| Taille 164 | Cm | Pieds | Poids 76 | Kg | Lb |
| IMC (indice de masse corporelle) | 28,3 | | Température 36,7 | °C | °F |
| Pression artérielle | 145/84 mmHg | | Fréquence respiratoire | 15 cycles/min | |
| Fréquence cardiaque | 68 puls/min | | Rythme cardiaque | Régulier <input checked="" type="checkbox"/> | Irrégulier <input type="checkbox"/> |

| | Normal | Anormal |  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 1. Peau | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Infection cutanée des mains, des bras ou du visage | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Furoncles, orgelets ou doigt septique | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Ganglions lymphatiques | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Tête et cou | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Yeux | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Écoulement | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Nez | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Gorge | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Dents et bouche | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 8. Respiration | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Cardiovasculaire | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| 10. Abdomen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Sites herniaires | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. Génito-urinaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. Extrémités | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Commentaires sur les constats cliniques :

*HTA connue depuis 03 régulièrement suivie
Denture incomplète non soignée.*

| | | | |
|--|--|----------------------|-----------------|
|  | Système de gestion SSEC | N° du doc. : | HSEC_FOR_031044 |
| | | Version : | 1.0 |
| | | Réviseur : | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Sofiane Chebli |
| | | Date d'approbation : | 30/09/2024 |
|  | Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels | | |

EXAMEN DE LA VISION :

| Vision : | Sans lunettes | | Avec lunettes | Vision chromatique : |
|----------|---------------|------------|---------------|--|
| | Éloignée | Rapprochée | | |
| Droit | 6/ 5/10 | 6/ 2/10 | 6/ | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rouge/vert <input type="checkbox"/> Autre |
| Gauche | 6/ 4/10 | 6/ 2/10 | 6/ | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal |

DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

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

VACCINATION :

Veillez indiquer le statut vaccinal du demandeur et tout vaccin administré.

Une copie du « carnet de vaccinations internationales » ou de la « fiche d'immunisation » doit être jointe à ce formulaire.

Veillez à souligner l'importance des vaccins et à indiquer dans les commentaires si le demandeur a refusé l'un des vaccins.

| Vaccin | Immunisé | Date | Commentaires |
|-------------------------------|--------------------------|------|--------------|
| Obligatoire : | | | |
| Fièvre jaune | <input type="checkbox"/> | | |
| Fortement recommandé : | | | |
| Covid 19 | <input type="checkbox"/> | | |
| Hépatite A | <input type="checkbox"/> | | |
| Hépatite B | <input type="checkbox"/> | | |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | | |
| Polio | <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|--|------------------------------------|----------------------|-----------------|
|   | Système de gestion SSEC | N° du doc. : | HSEC_FOR_031044 |
| | | Version : | 1.0 |
| | | Réviseur : | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Sofiane Chebli |
| | | Date d'approbation : | 30/09/2024 |

| | |
|--|--|
|  | Projet Simandou |
| | Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels |

| | | | |
|---------------|--------------------------|--|--|
| Typhoïde | <input type="checkbox"/> | | |
| Méningococcie | <input type="checkbox"/> | | |
| Diphthérie | <input type="checkbox"/> | | |
| Rage* | <input type="checkbox"/> | | |

(*) Fortement recommandé aux demandeurs qui pourraient être en contact avec la faune dans le cadre de leur travail.

| | | |
|---|-------------|--------|
| Déclaration à signer par l'employé(e) s'il/si elle refuse un vaccin. « Je déclare par la présente avoir refusé l'administration des vaccins susmentionnés, ce après avoir pris connaissance de leur recommandation et eu égard au profil de risque épidémiologique élevé de la Guinée. Ma décision concernant le vaccin a été prise en toute connaissance de cause. » | | |
| Nom en majuscules : | Signature : | Date : |

