

V/CB18/	g
Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2023



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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.

L'évaluation médicale remplie 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 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 <u>norme de confidentialité des données</u> 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 : SOUARE ABDOULAYE
29/02/2024

CONFIDENTIEL

Le formulaire rempli doit être envoyé par courriel à l'équipe médicale de Simfer : simfermedicalteam@riotinto.



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version :	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	-
Date d'approbation :	12/11/2023	-



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

Prénoms et nom	SOUARE AE	BDOULAYE		Dete de	0.1/0.1/10
Nationalité	GUINEENNE			Date de	01/01/1984
Employeur	CR18				
Fonction/poste	ASSISTANT	SECURITE			
Adresse personnelle	BEYLA				
Téléphone fixe			Téléphone	00405700	•
Numéro de passeport/Ci			Date	62165762	0
Adresse mail			Date		
	Nom	SOUARE AIBA			
Contact d'urgence	Téléphones				
	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
Malac	die cardiaque ou hypertension artérielle		
	osie ou convulsions		D
			A
Glauc	come ou cécité		A)
Diabè	te sucré		
Cance	er/hémopathie		X
			A
	lie héréditaire/anomalies congénitales		N N
Malad	lies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, TB, asthme)		M
Preci	sez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.		
2.			
2.	Antécédents médicaux	Oui	Non
2. 2.1	Antécédents médicaux Système nerveux central	Oui	
2. 2.1	Antécédents médicaux		
2. 2.1 Cépha	Antécédents médicaux Système nerveux central alées/migraines fréquentes ou aiguës	Oui	Non
2. 2.1 Cépha	Antécédents médicaux Système nerveux central alées/migraines fréquentes ou aiguës es, étourdissements ou titubements		Non
2. 2.1 Cépha /ertig	Antécédents médicaux Système nerveux central alées/migraines fréquentes ou aiguës es, étourdissements ou titubements natisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement		Non
2. 2.1 Cépha /ertig Fraum Épilep	Antécédents médicaux Système nerveux central alées/migraines fréquentes ou aiguës es, étourdissements ou titubements natisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement osie ou convulsions		Non
2. 2.1 Cépha /ertig Fraum Épilep	Antécédents médicaux Système nerveux central alées/migraines fréquentes ou aiguës es, étourdissements ou titubements natisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement		Non



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	7
Version:	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	-
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux

Trou	ble mental ou psychologique, phobie	iiau	X
2.2	Système cardiovasculaire		X
Troul	bles cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs		1
uiora	ciques, angine de poitrine ou crise cardiaque		of a
0.0	rtension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral, pes dans les mollets lors d'un exercice physique		R
2.3	Appareil respiratoire inférieur		
	ne, toux chronique, pneumoconiose	П	M
	rculose ou pneumonie		- Or
2.4	Appareil respiratoire supérieur		14
I WAS A STREET WAS A STREET	oles oto-rhino-laryngologiques	ПП	(A)
	oles auditifs ou langagiers		1
2.5	Dermatologie et système musculosquelettique		
Tume	urs malignes ou cancer	П	
Troub	les cutanés (psoriasis, eczéma, acné)		N.
Malao	lie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale		A
2.6	Appareil urinaire et reproducteur		M
Calcu	ls rénaux ou infections urinaires		17
Problè	èmes prostatiques/gynécologiques		DX.
Êtes-v	ous enceinte?	H	
2.7	Organes abdominaux		
Brûlur	es gastriques, indigestion fréquente		D
Troubl	les gastriques, hépatiques ou intestinaux		X
Saigne	ement rectal		1
2.8	Système endocrinien	Ц	K
Diabèt	e sucré		M
Maladi	e thyroïdienne, trouble glandulaire		X
Hémo	pathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie)		X
2.9	Maladies infectieuses	Ц	Ø
Hépati	te B et C, VIH/IST		M
2.10	Autres		
Allergie	es estate the second of the se		N N
Hospita	alisation pour quelque raison que ce soit		W.
	ntervention ou opération chirurgicale		4
	maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme		R
Transfer of the last of the la	mes oculaires		P
Cancer	r, excroissance ou tumeur de toute nature		
William St.	z-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?		3
	u prise de poids inexpliquée		R
		Ц	4



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2023



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

3. Histoire sociale Alcool Drogues récréatives Exercice, sport et loisirs Tabagisme Jamais Ex-fumeur Fumeur Alcool : a 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 ? Fumeur Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Commentaires : 4 Bilan psychologique Vous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? Avez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, vertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ? Avez-vous ou avez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos onctions mentales ou votre état émotionnel ? Ties-vous acrophobe ou claustrophobe ? Fous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité es tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? Fous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité es tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? Fous connaissez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? Fous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? Fous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? Fous sentez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? Fous sentez-vous couvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos souvies ?	Préci	sez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.	iona	UX
Alcool Drogues récréatives Exercice, sport et loisirs Tabagisme Jamais Ex-fumeur Fumeur Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? Combien en consommez-vous ? Combien en consommez-vous par jour ? Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Commentaires : 4 Bilan psychologique Vous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? Avez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, pareques de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ? Avez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre la se taches prévues attent de vous suicider ou et des idées sespaces clos ? Vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? Des sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? Vez-vous souvent des pensées qui n				
Alcool Drogues récréatives Exercice, sport et loisirs Tabagisme Jamais Ex-fumeur Fumeur Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? Combien en consommez-vous ? Combien en consommez-vous par jour ? Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Commentaires : Bilan psychologique /ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail puelconque ? vez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, etiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ? vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos profession mentales ou vous étes écurité de sexigences sécuritaires du travail en la concernant vos des faches prévues de la concernant				
Drogues récréatives Exercice, sport et loisirs Tabagisme Jamais Ex-fumeur Fumeur Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'aicool ? Combien en consommez-vous ? Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Commentaires : Bilan psychologique Commentaires : Bilan psychologique Commentaires : Divez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, priquelconque ? Vez-vous ou avez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre rofessionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos indictions mentales ou votre état émotionnel ? Tes-vous acrophobe ou claustrophobe ? Vez-vous dejà été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en lauteur ou dans des espaces clos ? Vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? Dies s'taches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? Vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? Dies s'taches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? Vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? Dies sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? Vez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la usuais esprits ? Dies sentez-vous couvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? Dies sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	3.	Histoire sociale		
Exercice, sport et loisirs Tabagisme Jamais Ex-fumeur Fumeur Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? Combien en consommez-vous ? Combien en consommez-vous par jour ? Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Commentaires : Bilan psychologique /ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail uelconque ? vez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, par etiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ? vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel ? tes-vous acrophobe ou claustrophobe ? ous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité pous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité processionnel de la santé proveus acrophobe ou claustrophobe ? ous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité pous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité proveus conditions des espaces clos ? vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? us sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? rez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la usurais esprits ? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucur contrôle sur vos soucis ?	Alcool			
Tabagisme Jamais Ex-fumeur Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ? Combien en consommez-vous ? Combien en consommez-vous par jour ? Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Commentaires : Bilan psychologique /ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail puelconque ? wez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, ertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ? wez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel ? tes-vous acrophobe ou claustrophobe ? tes-vous acrophobe ou claustrophobe ? tes-vous déjà tenté des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en puteur ou dans des espaces clos ? vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? pus sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? rez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la une sentez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la une sentez-vous souvent riritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucies ?			L	
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 ? Commentaires : Bilan psychologique Cous a-t-on déja conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? Nez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, ertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ? Nez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel ? Iles-vous acrophobe ou claustrophobe ? Dous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité stâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? Nez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en lauteur ou dans des espaces clos ? Nez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? Dus sentez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? Dus sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? Tez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de lauvais esprits ? Dus sentez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? Dus sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? Dus sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucies ?	Exerci	ce, sport et loisirs		
Ex-fumeur 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 ? Commentaires : Bilan psychologique Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail uelconque ? vez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, artiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ? vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos unections mentales ou votre état émotionnel ? vez-vous déjà éte dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos unections mentales ou votre état émotionnel ? vez-vous dejà éte dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos unections mentales ou votre état émotionnel ? vez-vous deja éte dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos unections mentales ou votre état émotionnel ? vez-vous dejà éte dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos unections mentales ou votre état émotionnel ? vez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en la staches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? vez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécu	Tabag		(X	2 0
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 ? Commentaires : Bilan psychologique Cous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? Invez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, entiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ? Vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre rofessionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel ? tes-vous acrophobe ou claustrophobe ? ous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité st âches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? vez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en luteur ou dans des espaces clos ? vez-vous déjà etné de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? unteur ou dans des espaces clos ? vez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? vez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la survais esprits ? us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?			4	
Combien en consommez-vous ? Combien en consommez-vous par jour ? Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Commentaires : Bilan psychologique (Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? (Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? (Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? (Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? (Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? (Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? (Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre rofessionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel ? (Yous a-t-on déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel ? (Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur ou dans des espaces clos ? (Yous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité is tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? (Yous connaissez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en la trava			L], [
Combien en consommez-vous ? Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? Cuel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Commentaires : Bilan psychologique	Alcool	à quelle fréquence consommez your de l'alera l'O		J [
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Commentaires : Bilan psychologique	Combi	en en consommez-vous ?		
Bilan psychologique Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail unelconque? Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail unelconque? Yous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail unelconque? Yous evez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, une ertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression? Yous-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos interiors mentales ou votre état émotionnel? Yetes-vous acrophobe ou claustrophobe? Yous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité es tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos? Yez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en une quarteur ou dans des espaces clos? Yez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires? Yez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré? Yez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de auvais esprits? Yez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de auvais esprits? Yez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort? Yez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis?				
Bilan psychologique //ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail uelconque? //ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail uelconque? //ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail uelconque? //ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail uelconque? //ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail en rotes; déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos professions mentales ou votre état émotionnel ? //ous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité pous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité staches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? //ous a-t-on déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? //ous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? //ous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? //ous sentez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? //ous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? //ous sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	Quel tv	pe d'exercice pretiquez vous par jour ?		
Bilan psychologique /ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail puelconque? /ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail puelconque? /ous a-t-on déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, ertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression? /ous-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre rofessionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos sonctions mentales ou votre état émotionnel? /ous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité staches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos? //ez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en auteur ou dans des espaces clos? //ez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires? //ez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré? //ez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la uvais esprits? // ex-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la uvais esprits? // ex-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort? // ex sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis?	Comm	présine :		
ous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail utelconque? vez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, partiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression? vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel? es-vous acrophobe ou claustrophobe? pus connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité pas câches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos? rez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en uteur ou dans des espaces clos? rez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires? us sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré? ez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de pas considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide? us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis?			- M-4	
ous a-t-on deja conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail unelconque? vez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, partiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression? vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre offessionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos nections mentales ou votre état émotionnel? es-vous acrophobe ou claustrophobe? sus connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité stâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos? ez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en uteur ou dans des espaces clos? ez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires? us sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré? ez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de uvais esprits? us sentez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide? us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis?			Qui	No
avez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, ertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression? vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre rofessionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel? des-vous acrophobe ou claustrophobe? cles-vous acrophobe ou claustrophobe? cles-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité is tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos? vez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en luteur ou dans des espaces clos? vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires? cles-vous souvent triste, déprimé ou désespéré? rez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de lus considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide? us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis?	ous a-	t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travai		
vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre rofessionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel ? des-vous acrophobe ou claustrophobe ? des-vous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité sa tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? dez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en la luteur ou dans des espaces clos ? dez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? dez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? dez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? dez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur ou dans des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur ou dans des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur des pensées qui ne sont pas la luteur des pensées qui ne sont pas la luteur des pensées qui ne sont pas la luteur des pensées qui ne		400.		A
vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre rofessionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel ? tes-vous acrophobe ou claustrophobe ? pus connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité stâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? //ez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en lauteur ou dans des espaces clos ? //ez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? //ez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? //ez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? //ez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de lauvais esprits ? // ex-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? // ex-vous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? // ex-vous sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	vez-vo	us ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex épilensie étourdiscersente		
vez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre rofessionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos inctions mentales ou votre état émotionnel ? des-vous acrophobe ou claustrophobe ? Dus connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité is tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? dez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en la luteur ou dans des espaces clos ? dez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? dez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? dez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur ou dans des espaces clos ? dez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur ou dans des espaces clos ? dez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur ou dans des espaces clos ? dez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur ou dans des espaces clos ? dez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur ou dans des espaces clos ? des luteur ou dans des expaces clos ? dez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? dez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de la luteur ou dans des espaces clos ? des luteur ou dans des expaces clos ? dez-vous souvent ristate de vous seites censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en la luteur ou dans des expaces clos ?		opisodes de l'albiesse soudaine, anxiété ou dépression ?		A
inctions mentales ou votre état émotionnel ? les-vous acrophobe ou claustrophobe ? les-vous acrophobe ou claustrophobe ? les suicides prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? les-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en luteur ou dans des espaces clos ? lez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? lez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? lez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de lus considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? lus sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? lus sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	vez-vo	us déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue en mandi de		
tes-vous acrophobe ou claustrophobe? Dus connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité stâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? Vez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en lauteur ou dans des espaces clos ? Vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? Vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? Vez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? Vez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de lauvais esprits ? Vez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? Vez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? Veus sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	rofessi	onnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement		A
tes-vous acrophobe ou claustrophobe? ous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité s' tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos? vez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en auteur ou dans des espaces clos? vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires? vez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré? vez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de auvais esprits? us considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide? us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis?	nction	mentales ou votre état émotionnel ?		
ous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité stâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? vez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en auteur ou dans des espaces clos ? vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? vez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? vez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de auvais esprits ? veus considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?				
vez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en luteur ou dans des espaces clos ? vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? vez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? vez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de auvais esprits ? us considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	ous co	naissez-vous d'autres problèmes qui pourraient puire à votre serre : it d'un fait de la comme de la co		A
auteur ou dans des espaces clos ? //ez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? //ez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? //ez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de auvais esprits ? //eus considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? //eus sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? //eus sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	s tâche	s prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces eles o		A
/ez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? pus sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? rez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de auvais esprits ? rus considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? rus sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? rus sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	/ez-vou	s été informé des tâches que vous êtes correé effecteur à la		
vez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? ous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? vez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de auvais esprits ? ous considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? ous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? ous sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	auteur d	u dans des espaces clos ?		A
pous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? rez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de auvais esprits ? rus considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? rus sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? rus sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?				1
auvais esprits ? sus considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? sus sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? sus sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	ous ser	tez-vous souvent triste, déprimé ou déseauté (2		R
sus considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide? us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis?	ez-vou	S souvent des pensées qui pe cert		(X)
sus considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide? sus sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort? sus sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis?	auvais	esprits?		A
us sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?				1
us sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	us sen	ez-vous souvent irritable, au avent li		Ø.
vode souvent her veux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	IIS SON	ez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ?		D
IVOLIC CORPUL COMPANY	49 9011	control souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?		N
derened ?				D
as seritez-vous souvent agite ou sur les nerfs ?	us sen	ez-vous souvent agité ou sur les nerfs ?		



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version :	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Qui.

	o which todo ico points ou vous avez coche Oui.		
5.	Respiration/tuberculose	Oui	Non
	sez-vous habituellement dès le matin ?		
Tous	sez-vous habituellement en journée ou la nuit ?		X
Avez	-vous habituellement des remontées de mucosités en journée ou la nuit ?		X
Avez	-vous déjà craché du sang ?		X
Sent	ez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?	-	N N
Êtes-	vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une		
légèr	e pente en marchant ?		OK)
Votre	essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?		
	poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter ?		X
			(X)
	ours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos ons habituelles pendant une semaine ?	Ц	X
Avez	vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine ?		V
	vous déjà eu des problèmes cardiaques ?	П	R
Avez-	vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?	П	叹
Avez-	ous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ? sez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.		N
6			
6	Traitement médicamenteux		
Veuill	ez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement.		
7	Allergies		
Veuille	ez indiquer si vous avez des allergies :		
Nourri			
Médica	aments:		
Produi	t chimique :		
Autre :			
3 - QI	JESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :		

Avez-vous occupé un poste où v	ous avez été exposé	à:			
Agent d'exposition		The state of the s	Date/durée de l'exposition	Protection	on
	Oui	Non		Oui	Non



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version:	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	-
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi National

Formulaire d'	évaluat	tion m	<u>édicale pré-emploi_N</u>	ationa	IIV
Produits chimiques		N N	pro emploi_re	ationa	
Si oui, précisez		D			
Bruit					
Vibrations					
Radioactivité					
Poussière d'amiante		0			
Plomb					
Autres poussières (silice, charbon, or,					
diamant)		10			
Vous êtes-vous absenté du travail au cour combien de temps et pour quels motifs 2	e do l'anné	a do milà	0 B # ##		
combien de temps et pour quels motifs ?	s ue i anne	e aerniere	? Dans l'affirmative, pour		区
Avez-vous déjà eu une blessure ou maladi en tant qu'employé ? Si qui indiquez :	e professio	nnelle ou	uno domando di la la di		
en tant qu'employé ? Si oui, indiquez :	o pro103310	mene ou	une demande d'indemnisation		X
Les causes de la maladie ou blessure					
Le traitement médical que vous avez suivi	et/ou conti	nuez de s	ulyre		
•	occu contin	idez de 3	uivie		
Continuez-vous de souffrir des offets d'une	bloss				
Continuez-vous de souffrir des effets d'une				Oui	Non
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes	que vous	continuez	à ressentir :		14011
La nature de votre travail implique-t-elle ce					
Conduite d'engins de terrassement lourds	qui suit ?			Oui	Non
Soulèvement/flexion répétitifs					X
					×
Travail en surface sur des tâches physiques lé	gères				Ø
Posture debout prolongée					D.
Conduite d'un véhicule de passagers					
Travail de bureau				R	r
Espace confiné					
Travail en hauteur	1100				₩ W
Contact avec la faune					W
Travailler en mer	The second second is the second				A
Travail souterrain					B
Travail à haute température		- N			



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version:	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

DÉCLARATION DU DEMANDEUR:

Je declare par la présente qu'à ma connaissance les rémandes les rémandes de la connaissance l	
Je déclare par la présente qu'à ma connaissance, les réponses à toutes le et n'avoir caché aucune information concernant me canté par é	s questions sont correctes
et n'avoir caché aucune information concernant ma santé passée ou prése	nto
pacce ou prese	file.

N	om	en	maj	uscı	ules	
---	----	----	-----	------	------	--

Signature Signature

Date:



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version:	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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 166 Cm	Pieds	Poids Kg Lb	
IMC (indice de mas 31,6		Température 36,5. °C °F	
	Normal	Anormal	
Yeux	N		
Oreilles, nez et gorge	N/O		
Dents et bouche	N. C.	1	
Respiration	N		
Cardiovasculaire	The state of the s	The state of the s	
Abdomen	N		
Musculosquelettique	NA CONTRACTOR OF THE CONTRACTO		
Extrémités	150		
Génito-urinaire	Y		
Commentaires sur les constats clin	iques :		
Pression artérielle 134/8	Om	Fréquence respiratoire 26 Cycles	
Fréquence cardiaque 140 5	PM	Rythme cardiaque Régulier Irrégulier	-
		to 5	

5 - ANALYSE EN LABORATOIRE:

Veuillez joindre les résultats de tous les tests s'ils ne figurent pas dans ce formulaire.

GROUPE	SANGUIN
Tester si incon	nu

Rh

AT

F	V	NA	L	Y	S	E	U	F	111	M	A	R	E	:

Glucose	Neant	Sang	Neant
Bilirubine	Neant	Leucocytes	Noant.



Nº du doc. : HSEC-FOR_031024			
Version:	1.0		
Réviseur :	Sékou Camara		
Approuvé par :	Sofiane Chebli		
Date d'approbation :	12/11/2023		



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux

Cétone	4	- 1	- Inourcale	hie-eilibio	_nationaux	
Octorie	Ne	and	Protéine	2/00		
			The second secon	IVea	VO	

ANALYSES SANGUINES:

Numération et formule sanguines	☐ Normal	Anormal Homest
Calcium/Potassium	Normal	Anormal Hematocryte
Glycémie à jeun	⊠ Normal	Anormal
Urée	Normal	☐ Anormal
Créatinine	Normal	☐Anormal
Sérologie Hépatite A (personnel de	Normal	□Anormal
Selles (personnel de cuisine seulement)	☐ Normal	□Anormal
IDR Tuberculine (personnel de cuisine)	☐ Normal	□Anormal
Sérologie de l'hépatite virale B	Normal	☐ Anormal
Sérologie VIH recommandée	☐ Normal	☐ Anormal
Cholestérol (total, HDL, LDL)	☑ Normal	Anormal
Triglycérides	Normal	☐ Anormal :
ALAT- ASAT	Normal	☐ Anormal
Gamma GT	Normal	☐ Anormal

DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

Amphétamines	Mégatif Négatif	Positif
Benzodiazépines	Négatif Négatif	Positif
Cannabinoïdes	Négatif	Positif
Opiacés	⊠ Négatif	Positif
Cocaïne	Négatif Négatif	Positif
ECG AU REPOS Veuillez fixer le câble ECG.		
Constatations : ☐ Normal		
☐ Anormal :		

RioTinto	Olmo Par
MOTHIO	SimFer

ECG À L'EFFORT (si cliniquement indiqué)

Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2022

	1	í
		l
1	all .	
1		ŧ

Constatations:

☐ Normal

☐ Anormal:

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

Veuillez joindre le cliché radiographique

EXAMEN DE LA VISION:

Vision :	Sans lunet	tes	Avec lunettes	Vision chromatique :
	Éloignée	Rapproché e		Normal Rouge/vert Autre
Droit	61	10/10	6/	Champs visuels:
Gauche	61	ropro	6/	Normal Anormal
1	ppo,	dopo		Nowal

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	926	9997	dela
Prévu	1. 12	0 () ()	32,23
% prévu	The second	3, 49	115,92
Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %	+0,38	78,22	115,99
Commentez en détail toutes les anoma	lies		

AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme

		Syctò	Système de ac-ti		HSEC-FOR_031024
ioTinto	SimFer	Système de gestion		Version : Réviseur :	1.0 Sékou Camara
			SSEC		
	Name I			Approuvé par :	Sofiane Chebli
	Normal	Anormal	Commentaires	Date d'approbation :	12/11/2023
Oreille gauch	ne D				
Oreille droite					



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2023



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

VACCINATION:

veuillez indique	r 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 :			30000000000000000000000000000000000000
Fièvre jaune			
Personnel de cuisine			
Hépatite A			
Hépatite B	Ø		
Typhoïde	×		
Méningite	×		
Diphtérie			
Tétanos			
Fortement recommandé :			
Covid 19			
Hépatite A			
Hépatite B			
Tétanos			
Polio		1	
Typhoïde			
Méningococcie			
Diphtérie			
Rage*			
(*) Fortement recommandé a	aux demandeurs q	qui pourraient être en	contact avec la faune dans le cadre de leur travail.
Déclaration à signer par l'	employé(e) s'il/s	si elle refuse un vac	cin.
« Je déclare par la prés	ente avoir refu eur recommand	sé l'administration lation et eu égard	n des vaccins susmentionnés, ce après avoi au profil de risque épidémiologique élevé d
la Guinée. Ma décision d	concernant le v	accin a été prise e	n toute connaissance de cause. »