

MW/COVEC/1537

RioTinto

SimFer

## Système de gestion SSEC

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| N° du doc. :         | HSEC-FOR_031024 |
| Version :            | 2.0             |
| Révisé par :         | Sékou Camara    |
| Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
| Date d'approbation : | 30/09/2024      |



### Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux Formulaire B1 - Rôles 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](mailto: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](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com) ou envoyer un courriel à [askE&C@riotinto.com](mailto: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](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com).

Nom en majuscules : FOFANA GOACE  
09/10/2024

Signature :

Date

**CONFIDENTIEL**

|                                                                                                                                                                    |                                                                  |                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|   | <h2 style="text-align: center;">Système de gestion<br/>SSEC</h2> | N° du doc. :         | HSEC-FOR_031024 |
|                                                                                                                                                                    |                                                                  | Version :            | 2.0             |
|                                                                                                                                                                    |                                                                  | Révisé par :         | Sékou Camara    |
|                                                                                                                                                                    |                                                                  | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|                                                                                                                                                                    |                                                                  | Date d'approbation : | 30/09/2024      |



### Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux

### Formulaire B1 - Rôles Opérationnels

**Le certificat médical d'aptitude doit être envoyé par courriel à [simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com)**

**1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :**

|                        |              |                  |            |
|------------------------|--------------|------------------|------------|
| Prénoms et Nom         | FOFANA GOACE | DDN              | 22/12/1978 |
| Nationalité            | GUINEENNE    |                  |            |
| Employeur              | COVEC        |                  |            |
| Fonction/poste         | MANOEUVRE    |                  |            |
| Adresse personnelle    | BEYLA        |                  |            |
| Téléphone fixe         |              | Téléphone        | 622943522  |
| Numéro de passeport/CI | 3417613/21   | Date Expiration  | 27/10/2026 |
| Adresse mail           |              |                  |            |
| Contact d'urgence      | Nom          | CAMARA MASSIDIBE |            |
|                        | Téléphones   | 622914478        |            |
|                        | 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 B1 - Rôles 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"/> |
| <b>2.2 Système cardiovasculaire</b>                                                                                                                            |                          |                                     |
| 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 type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.3 Appareil respiratoire inférieur</b>                                                                                                                     |                          |                                     |
| Asthme, toux chronique, pneumoconiose                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tuberculose ou pneumonie                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.4 Appareil respiratoire supérieur</b>                                                                                                                     |                          |                                     |
| Troubles oto-rhino-laryngologiques                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles auditifs ou langagiers                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.5 Dermatologie et système musculosquelettique</b>                                                                                                         |                          |                                     |
| 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"/> |
| <b>2.6 Appareil urinaire et reproducteur</b>                                                                                                                   |                          |                                     |
| 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"/>            |
| <b>2.7 Organes abdominaux</b>                                                                                                                                  |                          |                                     |
| Brûlures gastriques, indigestion fréquente                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Saignement rectal                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.8 Système endocrinien</b>                                                                                                                                 |                          |                                     |
| 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"/> |
| <b>2.9 Maladies infectieuses</b>                                                                                                                               |                          |                                     |
| Hépatite B et C, VIH/IST                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.10 Autres</b>                                                                                                                                             |                          |                                     |
| Allergies                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hospitalisation pour quelque raison que ce soit                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toute intervention ou opération chirurgicale                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Problèmes oculaires                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



## Projet Simandou

### Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux

### Formulaire B1 - Rôles Opérationnels

|                                                                                                                                                     |           |                          |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-------------------------------------|
| Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature                                                                                                      |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?                                                                       |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Perte ou prise de poids inexpliquée                                                                                                                 |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.                                                                                      |           |                          |                                     |
| <b>3. Histoire sociale</b>                                                                                                                          |           | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>                          |
| Alcool                                                                                                                                              |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Drogues récréatives                                                                                                                                 |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Exercice, sport et loisirs                                                                                                                          |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tabagisme                                                                                                                                           | Jamais    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                     | Ex-fumeur | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                     | Fumeur    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 :                                                                                                                                      |           |                          |                                     |
| <b>4 Examen Psychologique</b>                                                                                                                       |           | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>                          |
| Avez-vous des difficultés à arrêter de vous inquiéter pour quelque chose ?                                                                          |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Passez-vous plus de temps à vous occuper de la maison, du travail ?                                                                                 |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous des difficultés à vous endormir à cause des pensées qui vous viennent en tête ?                                                           |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Êtes-vous souvent et sans raison à bout de nerfs ?                                                                                                  |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur une tâche ?                                                                                         |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vous êtes en colère et tendu sans raison ?                                                                                                          |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vos amis et votre famille vous disent que vous vous inquiétez sans raison et que vous avez besoin de vous détendre ?                                |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ressez-vous des tensions dans les muscles de votre cou, de votre dos et autour de vos yeux ?                                                        |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous des difficultés à rester assis sans faire rouler quelque chose dans vos mains, dessiner avec un stylo ou d'autres mouvements répétitifs ? |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous remarqué que vos paumes transpirent occasionnellement, que votre cœur s'emballe ou que votre respiration est courte et superficielle ?    |           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Encerclez (0-non, 1-plus d'une demi-journée, 2-quelques jours ou 3-tous les jours) sur chaque énoncé ci-dessous :                                   |           |                          |                                     |



## Projet Simandou

### Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux

### Formulaire B1 - Rôles Opérationnels

|                                                                                                                                                     |                          |                                     |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|---|
| Je ne trouve plus de plaisir dans les choses que j'appréciais                                                                                       | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| Je rencontre des difficultés à m'endormir et je me réveille la nuit                                                                                 | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| Mon appétit a changé (je mange trop ou pas assez)                                                                                                   | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| C'est difficile pour moi de me concentrer                                                                                                           | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| Je suis plus inquiet qu'avant                                                                                                                       | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| Je rencontre des difficultés à me détendre                                                                                                          | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| Je rencontre des difficultés à faire face aux responsabilités quotidiennes                                                                          | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| Je rencontre des difficultés à me lier d'amitié avec les gens                                                                                       | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| Je suis maussade et rarement optimiste                                                                                                              | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| Je me sens isolé et seul                                                                                                                            | 0                        | 1                                   | 2 | 3 |
| <b>5. Respiration/Tuberculose</b>                                                                                                                   |                          |                                     |   |   |
| Toussez-vous habituellement dès le matin ?                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Toussez-vous habituellement en journée ou la nuit ?                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Avez-vous habituellement des remontées de mucosités en journée ou la nuit ?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Avez-vous déjà craché du sang ?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?                                                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Êtes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une légère pente en marchant ?                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuintier ?                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| 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 ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Avez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine ?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Avez-vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   |
| <b>Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.</b>                                                                               |                          |                                     |   |   |
|                                                                                                                                                     |                          |                                     |   |   |
| <b>6. Traitement médicamenteux</b>                                                                                                                  |                          |                                     |   |   |



**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B1 - Rôles Opérationnels**

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

**7 Allergies**

Veuillez 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"/>     |
| 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 ?                                                 |                          |                                     |                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input checked="" type="checkbox"/> Non |



**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B1 - Rôles Opérationnels**

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 :



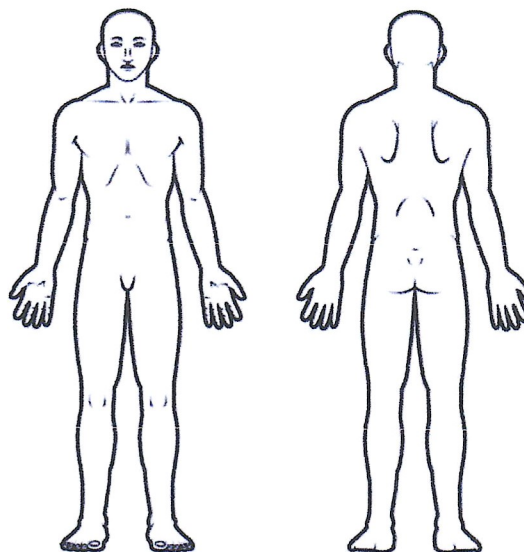
**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B1 - Rôles Opérationnels**

#### 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                           | 169          | Cm | Pieds | Poids                  | 60                                           | Kg                                  | Lb |
| IMC (indice de masse corporelle) | 21,0         |    |       | Température            | 36,2                                         | °C                                  | °F |
| Pression artérielle              | 133/78 mm Hg |    |       | Fréquence respiratoire | 18 cycles/min                                |                                     |    |
| Fréquence cardiaque              | 89 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 8. Respiration                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 9. Cardiovasculaire                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 10. Abdomen                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Sites herniaires                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 11. Génito-urinaire                                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 12. Extrémités                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 13. Examen fonctionnel de l'appareil locomoteur    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 14. Examen neurologique                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Réflexes                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Force musculaire                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Sensibilité                                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |





**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B1 - Rôles Opérationnels**

15. Test Romberg



Commentaires sur les constats cliniques :

**EXAMEN DE LA VISION :**

| Vision : | Sans lunettes |            | Avec lunettes | Vision chromatique :                                                                               |
|----------|---------------|------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | Éloignée      | Rapprochée |               |                                                                                                    |
| Droit    | 6/<br>9/10    | 6/<br>4/10 | 6/            | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rouge/vert <input type="checkbox"/> Autre |
| Gauche   | 6/<br>8/10    | 6/<br>4/10 | 6/            | Champs visuels :<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal               |

**5- ANALYSE EN LABORATOIRE :**

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

**ANALYSE SANGUINE :**

|                                   |                                 |                                             |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| Numération formule sanguine       | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal |
| Glycémie à jeun ou Post-prandiale | <input type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal |

**DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :**



Projet Simandou  
Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux  
Formulaire B1 - Rôles Opérationnels

|                 |                                             |                                  |
|-----------------|---------------------------------------------|----------------------------------|
| 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 |

**RADIOGRAPHIE THORACIQUE \* EN CAS D'EXPOSITION À LA SILICE/AMIANTE :**

Veuillez joindre le cliché radiographique

|               | Normal                   | Anormal                  | Commentaires |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Constatations | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |

**SPIROMÉTRIE \* Si indiqué comme risque professionnel potentiel**

Veuillez joindre le rapport complet

|                                          | CVF | VEMS1 | VEMS % |
|------------------------------------------|-----|-------|--------|
| Mesuré                                   |     |       |        |
| Prévu                                    |     |       |        |
| % Prévu                                  |     |       |        |
| Transmettre si ration VEMS1/CVF > 70%    |     |       |        |
| Commentez en détail toutes les anomalies |     |       |        |
|                                          |     |       |        |

**AUDIOMÉTRIE \* Si indiqué comme risque professionnel potentiel**

Veuillez joindre l'audiogramme



**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B1 - Rôles Opérationnels**

|                | Normal                   | Anormal                  | Commentaires |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Oreille gauche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| Oreille droite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| IPA :        % |                          |                          |              |

**Échelle de somnolence d'Epworth \* Si indiqué comme risque professionnel potentiel**

Dans le tableau ci-dessous, attribuez les scores suivants à la question posée comme suit :

- 0        Je ne somnolerais jamais  
 1        Légère chance de somnoler  
 2        Risque modéré de somnoler  
 3        Forte chance de somnoler

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

|                                                                                 |         |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Assis et lisant                                                                 | 0 1 2 3 |
| Regarder la télévision                                                          | 0 1 2 3 |
| Assis inactif dans un lieu public (par exemple, théâtre ou réunion)             | 0 1 2 3 |
| En tant que passager dans la voiture pendant une heure sans interruption        | 0 1 2 3 |
| S'allonger pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent | 0 1 2 3 |
| S'asseoir et parler avec quelqu'un                                              | 0 1 2 3 |
| Assis tranquillement après le déjeuner sans alcool                              | 0 0 2 3 |
| Dans une voiture, à l'arrêt quelques minutes dans la circulation                | 0 1 2 3 |
| Total                                                                           | 1       |

**VACCINATION :**



Projet Simandou  
Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux  
Formulaire B1 - Rôles Opérationnels

**Veuillez 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.**

**Veuillez 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 |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------|--------------|
| <b>Obligatoire :</b>          |                                     |          |              |
| Fièvre jaune                  | <input checked="" type="checkbox"/> | 09/10/24 |              |
| <b>Fortement recommandé :</b> |                                     |          |              |
| Covid 19                      | <input type="checkbox"/>            |          |              |
| Hépatite A                    | <input type="checkbox"/>            |          |              |
| Hépatite B                    | <input type="checkbox"/>            |          |              |
| Tétanos                       | <input type="checkbox"/>            |          |              |
| Polio                         | <input type="checkbox"/>            |          |              |
| Typhoïde                      | <input type="checkbox"/>            |          |              |
| Méningococcie                 | <input type="checkbox"/>            |          |              |
| Diphtérie                     | <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 :

**RÉPUBLIQUE DE GUINÉE**  
**Carte Nationale d'Identité**

N° 040209873928700

Nom FOFANA

Prénoms GOACE

Sexe F

Né(e) le 22/12/1978

KOULE/N'ZEREKORE

e SIDIKI

t de FOFANA M'AMARA

Profession CHIMISTE

Signature




Résidence MATAM

MATAM/ COLEAH CENTRE

Taille 1.70m

Teint NOIR

Cheveux Noirs

Signes particuliers V.P

Fait le 27/10/2021

Validité 27/10/2026

N° 3417613/21

à MATAM

Timbre fiscal

Signature de l'Autorité

Empreinte index gauche

