

MW/ COVEC / 360

 	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	1.0
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux	Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

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

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

Nom en majuscules : KOLIE FRANCOISE 26/06/2024	Signature : 	Date :
---	---	--------

CONFIDENTIEL



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

Prénoms et nom	KOLIE FRANCOISE		Date de	29/12/1991
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	COVEC			
Fonction/poste	MAGASINIERE			
Adresse personnelle	MORIBADOU			
Téléphone fixe		Téléphone	628545639	
Numéro de passeport/CI	4567008/21	Date	05/03/2026	
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	KOLIE MADELEINE		
	Téléphones	622291427		
	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 ?

	Oui	Non
1. Antécédents familiaux (parents)		
Maladie cardiaque ou hypertension artérielle	☐	☒
Épilepsie ou convulsions	☐	☒
Glaucome ou cécité	☐	☒
Diabète sucré	☐	☒
Cancer/hémopathie	☐	☒
Maladie héréditaire/anomalies congénitales	☐	☒
Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, TB, asthme)	☐	☒
Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.		
	Oui	Non
2. Antécédents médicaux		
2.1 Système nerveux central		
Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës	☐	☒
Vertiges, étourdissements ou titubements	☐	☒
Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement	☐	☒
Épilepsie ou convulsions	☐	☒



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

Appendysectomie depuis 2008

3.	Histoire sociale	Oui	Non
	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 de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

Footing

Commentaires :

4	Bilan psychologique	Oui	Non
	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 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 fonctions mentales ou votre état émotionnel ?	☐	☒
	Êtes-vous acrophobe ou claustrophobe ?	☐	☒
	Vous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité les tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ?	☐	☒
	Avez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en hauteur ou dans des espaces clos ?	☐	☒
	Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ?	☐	☒
	Vous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ?	☐	☒
	Avez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de mauvais esprits ?	☐	☒
	Vous considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ?	☐	☒
	Vous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ?	☐	☒
	Vous sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	☐	☒
	Êtes-vous connu comme querelleur ?	☐	☒
	Vous sentez-vous souvent agité ou sur les nerfs ?	☐	☒



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

5. Respiration/tuberculose

	Oui	Non
Toussez-vous habituellement dès le matin ?	☐	☒
Toussez-vous habituellement en journée ou la nuit ?	☐	☒
Avez-vous habituellement des remontées de mucosités en journée ou la nuit ?	☐	☒
Avez-vous déjà craché du sang ?	☐	☒
Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?	☐	☒
Êtes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une légère pente en marchant ?	☐	☒
Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?	☐	☒
Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuintier ?	☐	☒
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 ?	☐	☒
Avez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine ?	☐	☒
Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?	☐	☒
Avez-vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?	☐	☒
Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ?	☐	☒

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

6. Traitement médicamenteux

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

7. Allergies

Veillez indiquer si vous avez des allergies :

Nourriture :

Médicaments :

Produit chimique :

Autre :

3 - QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :

Avez-vous occupé un poste où vous avez été exposé à :				
Agent d'exposition	Date/durée de l'exposition		Protection utilisée	
	Oui	Non	Oui	Non



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Produits chimiques	☐	☒	☐	☒
Si oui, précisez	☐	☒	☐	☒
Bruit	☐	☒	☐	☒
Vibrations	☐	☒	☐	☒
Radioactivité	☐	☒	☐	☒
Poussière d'amiante	☐	☒	☐	☒
Plomb	☐	☒	☐	☒
Autres poussières (silice, charbon, or, diamant)	☐	☒	☐	☒
Vous êtes-vous absenté du travail au cours de l'année dernière ? Dans l'affirmative, pour combien de temps et pour quels motifs ?			☐	☒
Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie professionnelle ou une demande d'indemnisation en tant qu'employé ? Si oui, indiquez :			☐	☒
Les causes de la maladie ou blessure				
Le traitement médical que vous avez suivi et/ou continuez de suivre				
Continuez-vous de souffrir des effets d'une blessure ou maladie professionnelle ?			☐ Oui	☒ Non
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir :				
La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ?			Oui	Non
Conduite d'engins de terrassement lourds			☐	☒
Soulèvement/flexion répétitifs			☐	☒
Travail en surface sur des tâches physiques légères			☐	☒
Posture debout prolongée			☐	☒
Conduite d'un véhicule de passagers			☐	☒
Travail de bureau			☐	☒
Espace confiné			☐	☒
Travail en hauteur			☐	☒
Contact avec la faune			☐	☒
Travailler en mer			☐	☒
Travail souterrain			☐	☒
Travail à haute température			☐	☒



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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 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	1,60	Cm	Pieds	Poids	68	Kg	Lb
IMC (indice de masse corporelle)	26,6			Température	36,3	°C	°F

	Normal	Anormal	
Yeux	☒	☐	
Oreilles, nez et gorge	☒	☐	
Dents et bouche	☒	☐	
Respiration	☒	☐	
Cardiovasculaire	☒	☐	
Abdomen	☒	☐	
Musculosquelettique	☒	☐	
Extrémités	☒	☐	
Génito-urinaire	☒	☐	

Commentaires sur les constats cliniques :

Pression artérielle	123/73 mmHg	Fréquence respiratoire	18 cycles/min
Fréquence cardiaque	90 bpm	Rythme cardiaque	Régulier ☒ Irrégulier ☐

5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

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

GROUPE SANGUIN

Tester si inconnu

Rh

O+

ANALYSE URINAIRE :

Glucose	Néant	Sang	Néant
Bilirubine	Néant	Leucocytes	Néant



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux

Cétone

Néant

Protéine

Néant

ANALYSES SANGUINES :

Numération et formule sanguines	☐ Normal	☒ Anormal
Calcium/Potassium	☒ Normal	☐ Anormal
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	☒ Négatif	☐ Positif
Benzodiazépines	☒ Négatif	☐ Positif
Cannabinoïdes	☒ Négatif	☐ Positif
Opiacés	☒ Négatif	☐ Positif
Cocaïne	☒ Négatif	☐ Positif

ECG AU REPOS

Veuillez fixer le câble ECG.

Constatations :

☐ Normal☐ Anormal :

Constatations :

- ☐ Normal
☐ Anormal :

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

Veuillez joindre le cliché radiographique

EXAMEN DE LA VISION :

Vision :	Sans lunettes		Avec lunettes	Vision chromatique :
	Éloignée	Rapproché e		
Droit	6/ 7/10	6/ 9/10	6/	☒ Normal ☒ Rouge/vert ☐ Autre
Gauche	6/ 10/10	6/ 10/10	6/	Champs visuels : ☒ Normal ☐ Anormal

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	2,86	2,64	92,31
Prévu	4,08	3,42	84,18
% prévu	70,27	77,19	109,66
Transmettre si ratio VEMS 1/ CVF > 70 %			
Commentez en détail toutes les anomalies			

AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme

Normal

Anormal

Commentaires

Oreille gauche



Oreille droite



IPA :

%



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

VACCINATION :

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
Obligatoire :			
Fièvre jaune	☐		
Personnel de cuisine			
Hépatite A	☐		
Hépatite B	☐		
Typhoïde	☐		
Méningite	☐		
Diphtérie	☐		
Tétanos	☐		
Fortement recommandé :			
Covid 19	☐		
Hépatite A	☐		
Hépatite B	☐		
Tétanos	☐		
Polio	☐		
Typhoïde	☐		
Méningococcie	☐		
Diphtérie	☐		
Rage*	☐		

(*) 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° 040109837432002
Nom **KOLIE**
Prénom **FRANCOISE**
Sexe **F**
Né(e) le **29/12/1991**
à **BEYLA**
de **PEPE**
et de **TOUNHON NORMOU**
Profession **GESTIONNAIRE**
Signature 



Résidence **MATAM**
MATAM/MADINA MARCHE N° **4567008** /21
Taille **1.60m** Teint **NOIR** Cheveux **Noirs**
Signes particuliers **V.P**
Fait le **05/03/2021** à **MATAM**
Validité **05/03/2026**

Timbre fiscal  Signature de l'Autorité  Empreinte index gauche 