

MVI Code CI 599

Rio Tinto

Simfer

Système de gestion HSEC

Nº du doc. :	HSEC_FOR_031025
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2023

Projet de Simandou

Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier



AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Simfer S.A., membre du groupe Rio Tinto, s'engage à protéger la santé et la sécurité de ses employés et des visiteurs de ses exploitations en Guinée. Un certificat médical est obligatoire avant tout accès aux sites de Simandou SA dans le cadre du projet Simandou.

Tous les journaliers ou toute personne affectée à une activité d'une durée inférieure de 14 jours doivent remplir cette évaluation, de préférence avec un médecin du travail. L'évaluation médicale remplie doit être soumise à simfermedicalteam@riotinto.com pour approbation. Cette évaluation médicale est valable 12 mois.

Les données personnelles demandées sur ce formulaire (vos données personnelles) comprennent des informations détaillées sur votre état de santé et sont nécessaires pour :

- déterminer si vous êtes apte à travailler sur les sites de Simfer ;
- vous prodiguer les soins médicaux appropriés si nécessaire.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale de Simfer du projet Simandou. En cas d'anomalies médicales 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 vous faut un traitement médical urgent. Dans de telles circonstances, il peut s'avérer nécessaire de partager vos données personnelles avec la société qui vous emploie comme journalier.

Rio Tinto s'appuie sur ses intérêts légitimes pour traiter vos données personnelles, en particulier son intérêt à assurer la santé et la sécurité sur le lieu de travail. Vos données personnelles seront conservées pendant toute la durée de vos activités sur le projet Simandou, après quoi elles seront archivées pendant une période de deux ans, puis supprimées en toute sécurité.

En vertu de la norme de confidentialité des données 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 demande&C@riotinto.com

Attestation et consentement : je confirme avoir lu le présent avis de confidentialité et consens 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 : DIALLO MORY
05/08/2024

Signature :



Date :

CONFIDENTIEL

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



Projet de Simandou

Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

Prénoms et nom	DIALLO MORY		Date de	01/01/1998
Nationalité	GUINEENNE			
Entreprise	COVEC			
Fonction/poste	MANŒUVRE			
Objet du déplacement				
Adresse personnelle	NIONSONMORIDOU			
Téléphone fixe			Téléphone	626520541
Numéro de passeport/CI	7419767/22		Date	22/11/2027
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	KOUROUMA HASSANE		
	Téléphones	624336285		
	Adresse			

2 - QUESTIONNAIRE SANITAIRE :

À remplir par le journalier 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 ?

2.	Antécédents médicaux	Oui	Non
2.1	Système nerveux central	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës			
Vertiges, étourdissements ou titubements			
Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement			
Épilepsie ou convulsions			
Trouble mental ou psychologique, phobie			
2.2	Système cardiovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asthme, toux chronique, pneumoconiose			
Tuberculose ou pneumonie			
2.4	Appareil respiratoire supérieur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Troubles oto-rhino-laryngologiques			
Troubles auditifs ou langagiers			
2.5	Dermatologie et système musculosquelettique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tumeurs malignes ou cancer			



Projet de Simandou

Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.6 Appareil urinaire et reproducteur		
Calculs rénaux ou infections urinaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Problèmes prostatiques/gynécologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.7 Organes abdominaux		
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"/>
2.8 Système endocrinien		
Diabète sucré	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.9 Maladies infectieuses		
Hépatite B et C, VIH/ITS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.10 Autre		
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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.

3. Histoire sociale	Oui	Non
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		
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 ?		



Projet de Simandou

Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

Commentaires :

4.	Respiration/tuberculose	Oui	Non
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 hâitez 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 chuinter ?	<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"/>	

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

5. Traitement médicamenteux

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

6. Allergies

Veuillez indiquer si vous avez des allergies :

Nourriture :

Médicaments :

Produit chimique :

Autre :

Nº du doc. :	HSEC_FOR_031025
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2023



Projet de Simandou Formulaire d'évaluation médicale Employé journalier

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 de Simandou

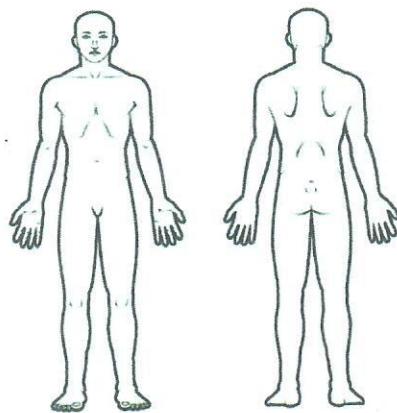
Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

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	1,55	Cm	Pieds	Poids	Kg 50	Lb	Vision rapprochée
IMC (indice de masse corporelle)	22,9			Température	°C 35,8	°F	<input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale
Pression artérielle	12,9 / 69 mmHg			Fréquence	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Vision éloignée
Fréquence cardiaque	86 bpm			Rythme	Régulier <input type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale

	Normal	Anormal
Yeux	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreilles, nez et gorge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dents et bouche	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Respiration	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrémités	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Commentaires sur les constats cliniques :

Denture cariée et incomplete.

5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

Veuillez joindre les résultats de tout test s'ils ne figurent pas dans ce formulaire.

ANALYSE URINAIRE :

Glucose	Absence	Sang	Absence
Bilirubine	Absence	Leucocytes	Absence
Cétone	Absence	Protéine	Absence

ANALYSES SANGUINES :

Numération et formule sanguines	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Glycémie à jeun	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal



Projet de Simandou
Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

Urée	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Créatinine	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
SGOT/SGPT	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

RADIOGRAPHIE THORACIQUE :

Veuillez joindre le cliché radiographique

Constatations : Normal Anormal :