

MV) COVEC | 1 1

	Systeme de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024	
		Version :	1.0	
	Projet Simandou		Réviseur :	Sékou Camara
	Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux		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 : SOUMAORO MAMADY 19/02/2024	Signature : 
---	---

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	SOUMAORO MAMADI		Date de	01/01/1977
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	COVEC			
Fonction/poste	MANOEUVRE			
Adresse personnelle	BEYLA			
Téléphone fixe	620452042	Téléphone		
Numéro de passeport/CI		Date		
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	DOUTY SOUMAORO		
	Téléphones	628025306		
	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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vertiges, étourdissements ou titubements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Épilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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		
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<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 :		
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Avez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, vertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Êtes-vous acrophobe ou claustrophobe ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Avez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en hauteur ou dans des espaces clos ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Vous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Avez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de mauvais esprits ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Vous considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Vous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Vous sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Êtes-vous connu comme querelleur ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Vous sentez-vous souvent agité ou sur les nerfs ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Precisez integralement tous les points ou vous avez coché Oui.

5.	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 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"/>

Precisez integralement tous les points ou 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
		<input checked="" type="checkbox"/>			



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez	<input type="checkbox"/>	<input 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
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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Soulèvement/flexion répétitifs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail en surface sur des tâches physiques légères	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posture debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Conduite d'un véhicule de passagers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail de bureau	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Espace confiné	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail en hauteur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact avec la faune	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travailler en mer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail souterrain	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail à haute température	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Projet Simandou

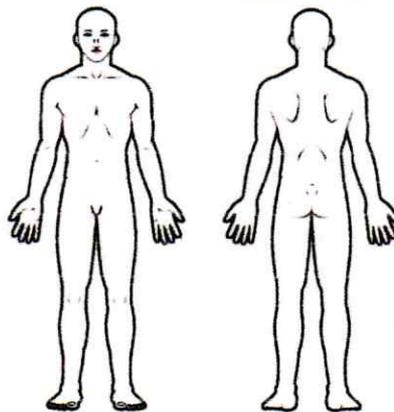
Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux

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	Cm	Pieds	Poids	Kg	Lb
IMC (indice de mas)	28,7	179	92	37,2	
			Température	°C	°F

	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 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 : langue peu chargée

Pression artérielle	189/105 mmHg	Fréquence respiratoire	22 cycles
Fréquence cardiaque	726	Rythme cardiaque	Régulier <input checked="" type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/>

5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

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

GRUPE SANGUIN
Tester si inconnu

Rh A+

ANALYSE URINAIRE :

Glucose	Negatif	Sang	Negatif
Bilirubine	Negatif	Leucocytes	Negatif

	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux
---	--

Cétone	<i>Négatif</i>	Protéine	<i>Négatif</i>
--------	----------------	----------	----------------

ANALYSES SANGUINES :

Numération et formule sanguines	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Calcium/Potassium	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Glycémie à jeun	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Urée	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Créatinine	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Sérologie Hépatite A (personnel de	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Selles (personnel de cuisine seulement)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
IDR Tuberculine (personnel de cuisine)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Sérologie de l'hépatite virale B	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Sérologie VIH recommandée	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Cholestérol (total, HDL, LDL)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Triglycérides	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal :
ALAT- ASAT	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Gamma GT	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

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

ECG AU REPOS

Veuillez fixer le câble ECG.

Constatations :

- Normal
 Anormal :



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 :

SOUKHOUMIADI

Signature :

Date :

12/12/23

N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2023

ECG À L'EFFORT (si cliniquement indiqué)



Constatations :

- Normal
- Anormal :

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

Veillez joindre le cliché radiographique

EXAMEN DE LA VISION :

Vision :	Sans lunettes		Avec lunettes	Vision chromatique :		
	Éloignée	Rapproché e		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Rouge/vert	<input type="checkbox"/> Autre
Droit	6/	6/	6/	Champs visuels :		
Gauche	6/	6/	6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	

Handwritten notes in the table:
 Right eye: 10/20 07/20
 Left eye: 10/20 07/20

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet

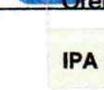
	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	3,28	2,85	86,89
Prévu	4,12	3,34	78,80
% prévu	79,61	85,33	110,27

Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %

Commentez en détail toutes les anomalies

AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme

N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Soïane Chebii
Date d'approbation :	12/11/2023

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



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

VACCINATION :

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

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

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

Vaccin	Immunisé	Date	Commentaires
Obligatoire :			
Fièvre jaune	<input checked="" type="checkbox"/>		
Personnel de cuisine			
Hépatite A	<input type="checkbox"/>		
Hépatite B	<input checked="" type="checkbox"/>		
Typhoïde	<input checked="" type="checkbox"/>		
Méningite	<input checked="" type="checkbox"/>		
Diphtérie	<input type="checkbox"/>		
Tétanos	<input checked="" type="checkbox"/>		
Fortement recommandé :			
Covid 19	<input type="checkbox"/>		
Hépatite A	<input type="checkbox"/>		
Hépatite B	<input type="checkbox"/>		
Tétanos	<input type="checkbox"/>		
Polio	<input type="checkbox"/>		
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 :



Protégez-vous contre les
maladies Endémo-épidémiques
(Hygiène et Vaccination)

Veillez conserver précieusement ce carnet

CARNET DE VACCINATION

NOM : **SOUMAORO**
Prénom : **MAMADI**
Date de naissance : **01.01.1977**
Résidence : **Tininko**
Entreprise : **COVEC**
Fonction : **chauffeur PL**

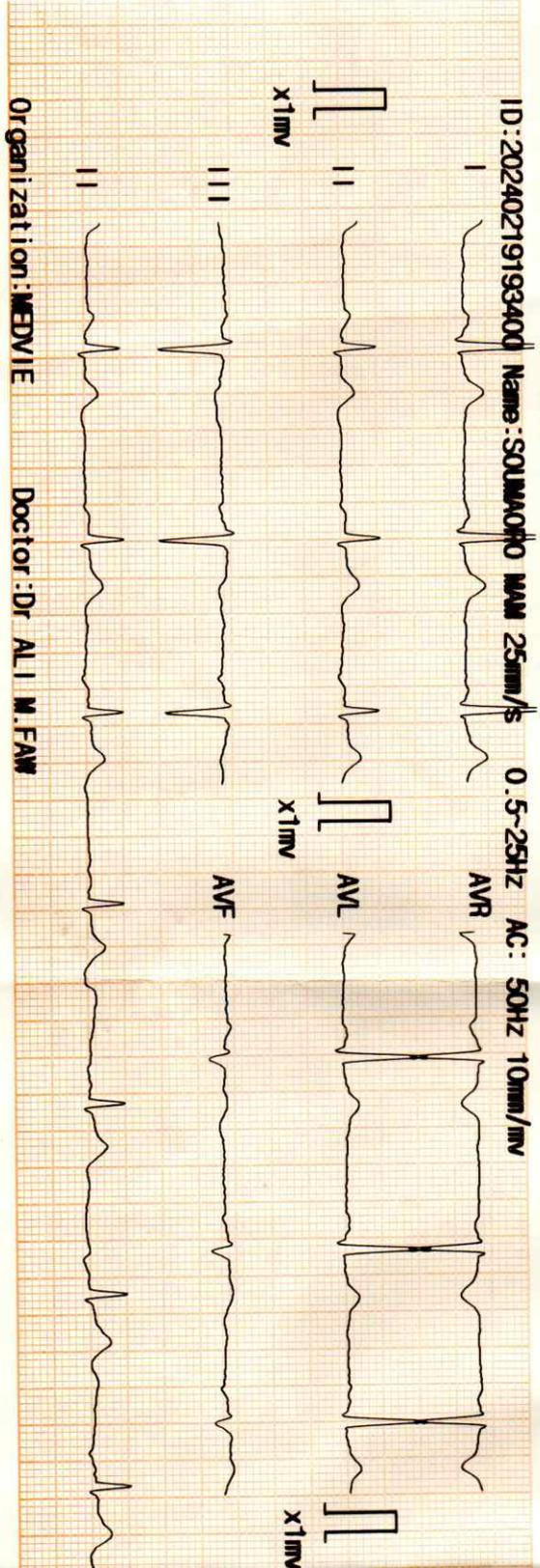
Contact : +224 611 72 49 21

Genre de Vaccins	U/ml	1 ^{ère} Dose	Rappel	Rappel	Observations
Typhoïde	0,5ml	19/2/24	3ans		 <p>Bio Typh™ Typhoid Polysaccharide Vaccine I.P. BATCH NO. : T020323 MFG. DATE : 03/2023 EXP. DATE : 09/2025 <small>For immunization card printing only</small></p>
VAT	0,5ml	19/2/24	19/3/24		 <p>BEVAC® HEPATITIS B VACCINE (DNA) I.P. Batch No. : 202004030 Expiry Date : APR 2028</p>
Meningite	0,5ml	-	3ans		 <p>MEDECIN MEDICAL DEPARTMENT E. CENTRAL</p>
F. Jaune	0,5ml	-	A. vie		
BVac	2ml	-	19/3/24		

3A: A10
003 mrt3 yrt1 lsm:onda edyesh: AYT

00x28T
MAM

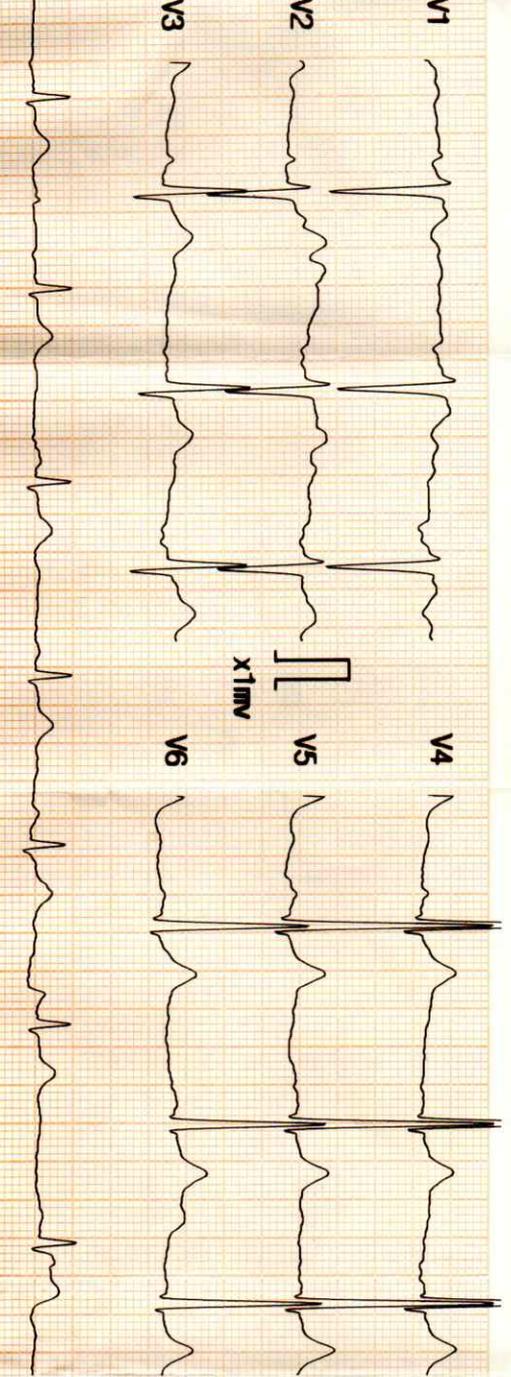
8 25 10
Vn 25 10
Vn 25 10
Vn 25 10



ID: 20240219193400 Name: SOLIMANO MAM 25mm/s 0.5-25Hz AC: 50Hz 10mm/mv

Organization: MEDVIE Doctor: Dr ALI M. FAW

80mmx20m-30m



ID : 20240219193400
 Name : SOUMAO RO MAM
 Sex : Male
 Age : 37
 HR : 60 bpm
 R-R : 1021 ms
 P-R : 0 ms
 QRS : 116 ms
 QT/QTc : 418/418 ms
 P/QRS/T : 0/-10/ 25 °
 RV5/SV1 : 2.344/-1.249 mV
 RV5+SV1 : 1.094 mV
 QTcf : 0.409

014:AF
 174:Maybe Abnormal rhythm ECG

Reference Report Confirmed by:

02-19-2024 19:34:19