MV/COVAC/1500

| RioTinto SimFer | Système de gestion SSEC | Nº du doc. : | HSEC-FOR_031024 |
|---|---|---|---|
| | | Version : | 2.0 |
| | | Réviseur : | 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. 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 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 : SANGARE MAMADY | Signature : | Date |
|---|---|---|
| 08/10/2024 | | |

**CONFIDENTIEL**


Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

# 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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Prénoms et Nom | SANGARE MAMADY | | DDN | 01/01/2003 |
| Nationalité | GUINEENNE | | | |
| Employeur | COVEC | | | |
| Fonction/poste | MANOEUVRE | | | |
| Adresse personnelle | BEYLA | | | |
| Téléphone fixe | | Téléphone | 610947702 | |
| Numéro de passeport/CI | 7414743/21 | Date Expiration | 10/07/2006 | |
| Adresse mail | | | | |
| Contact d'urgence | Nom | SANGARE OUSMANE | | |
| | Téléphones | 628595253 | | |
| | 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 | | ☐ | ☒ |
| 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.** | | | |

| 2. | Antécédents médicaux | Oui | Non |
|---|---|---|---|
| 2.1 | **Système nerveux central** | | |
| Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës | | ☐ | ☒ |
| Vertiges, étourdissements ou titubements | | ☐ | ☒ |



Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

| | | | |
|---|---|---|---|
| Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement | | ☐ | ☒ |
| Épilepsie ou convulsions | | ☐ | ☒ |
| 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 | | ☐ | ☒ |


Tous droits réservés © Rio Tinto

| | | |
|---|---|---|
| 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 | ☐ | ☒ |

**Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.**

Appendicectomie 2020

| 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 ? | Football 04 fois/semaine. | | |
| **Commentaires :** | | | |

| 4 | **Examen Psychologique** | Oui | Non |
|---|---|---|---|
| Avez-vous des difficultés à arrêter de vous inquiéter pour quelque chose ? | | ☐ | ☒ |
| Passez-vous plus de temps à vous occuper de la maison, du travail ? | | ☐ | ☒ |
| Avez-vous des difficultés à vous endormir à cause des pensées qui vous viennent en tête ? | | ☐ | ☒ |
| Etes-vous souvent et sans raison à bout de nerfs ? | | ☐ | ☒ |
| Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur une tâche ? | | ☐ | ☒ |
| Vous êtes en colère et tendu sans raison ? | | ☐ | ☒ |
| Vos amis et votre famille vous disent que vous vous inquiétez sans raison et que vous avez besoin de vous détendre ? | | ☐ | ☒ |
| Ressentez-vous des tensions dans les muscles de votre cou, de votre dos et autour de vos yeux ? | | ☐ | ☒ |
| Avez-vous des difficultés à rester assis sans faire rouler quelque chose dans vos mains, dessiner avec un stylo ou d'autres mouvements répétitifs ? | | ☐ | ☒ |
| Avez-vous remarqué que vos paumes transpirent occasionnellement, que votre cœur s'emballe ou que votre respiration est courte et superficielle ? | | ☐ | ☒ |
| **Encerclez (0-non, 1-plus d'une demi-journée, 2-quelques jours ou 3-tous les jours) sur chaque énoncé ci-dessous :** | | | |


Tous droits réservés © Rio Tinto

| | |
|---|---|
| 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 |
| | 0 |

| 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 chuinter ? | | ☐ | ☒ |
| 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** |
|---|---|

**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 | ☐ | ☒ | | ☐ | ☐ |
| 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 |


Tous droits réservés © Rio Tinto

**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 :


Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

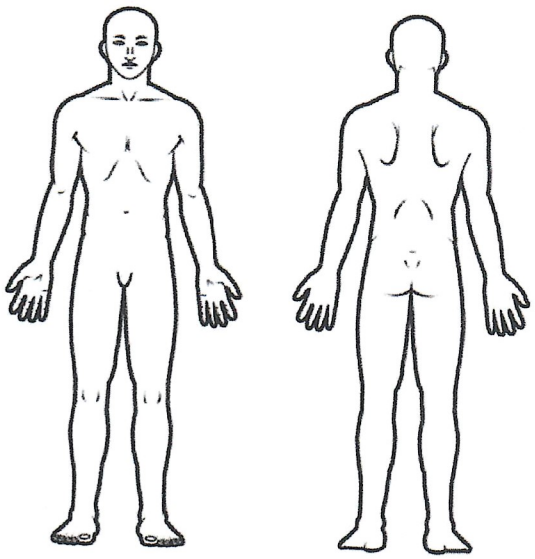
# Projet Simandou
# Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
# Formulaire B1 - Rôles Opérationnels

## 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 166 | Cm | Pieds | Poids 58 | Kg | Lb |
| IMC (indice de masse corporelle) 21,0 | | | Température 36,2 | °C | °F |
| Pression artérielle 132/74 mmHg | | | Fréquence respiratoire 18 cycles/min. | | |
| Fréquence cardiaque 91 pels/min | | | Rythme cardiaque | Régulier ☒ | Irrégulier ☐ |

| | Normal | Anormal |
|---|---|---|
| 1. Peau | ☒ | ☐ |
| Infection cutanée des mains, des bras ou du visage | ☒ | ☐ |
| Furoncles, orgelets ou doigt septique | ☒ | ☐ |
| 2. Ganglions lymphatiques | ☒ | ☐ |
| 3. Tête et cou | ☒ | ☐ |
| 4. Yeux | ☒ | ☐ |
| Écoulement | ☒ | ☐ |
| 5. Nez | ☒ | ☐ |
| 6. Gorge | ☒ | ☐ |
| 7. Dents et bouche | ☒ | ☐ |
| 8. Respiration | ☒ | ☐ |
| 9. Cardiovasculaire | ☒ | ☐ |
| 10. Abdomen | ☒ | ☐ |
| Sites herniaires | ☒ | ☐ |
| 11. Génito-urinaire | ☒ | ☐ |
| 12. Extrémités | ☒ | ☐ |
| 13. Examen fonctionnel de l'appareil locomoteur | ☒ | ☐ |
| 14. Examen neurologique | ☒ | ☐ |
| Réflexes | ☒ | ☐ |
| Force musculaire | ☒ | ☐ |
| Sensibilité | ☒ | ☐ |





Tous droits réservés © Rio Tinto

| | | | |
|---|---|---|---|
| 15. Test Romberg | ☒ | ☐ | |
| **Commentaires sur les constats cliniques :** | | | |

## EXAMEN DE LA VISION :

| Vision : | Sans lunettes | | Avec lunettes | Vision chromatique : |
|---|---|---|---|---|
| | Éloignée | Rapprochée | | ☐ Normal ☐ Rouge/vert ☐ Autre |
| Droit | 6/ | 6/ | 6/ | Champs visuels : ☐ Normal ☐ Anormal |
| Gauche | 6/ | 6/ | 6/ | |

## 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 | ☐ Normal | ☒ Anormal |
| Glycémie à jeun ou Post-prandiale | ☒ Normal | ☐ Anormal |

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

**DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :**

| | | |
|---|---|---|
| **Amphétamines** | ☒ Négatif | ☐ Positif |
| **Benzodiazépines** | ☒ Négatif | ☐ Positif |
| **Cannabinoïdes** | ☒ Négatif | ☐ Positif |
| **Opiacés** | ☒ Négatif | ☐ Positif |
| **Cocaïne** | ☒ Négatif | ☐ Positif |

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

Veuillez joindre le cliché radiographique

| | Normal | Anormal | Commentaires |
|---|---|---|---|
| Constatations | ☐ | ☐ | |

**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** | | | |



Tous droits réservés © Rio Tinto

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

Veuillez joindre l'audiogramme

| | Normal | Anormal | Commentaires |
|---|---|---|---|
| Oreille gauche | ☐ | ☐ | |
| Oreille droite | ☐ | ☐ | |
| **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 somnolerai 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) 1 2 3 |
| Dans une voiture, à l'arrêt quelques minutes dans la circulation | (0) 1 2 3 |
| Total | 0 |


Tous droits réservés © Rio Tinto

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

## 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.**

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 | ☐ | | |
| 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 : |
|---|---|---|
| | | |



Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

RÉPUBLIQUE DE GUINÉE

Carte Nationale d'Identité

N° 062001060236035

Nom SANGARE

Prénoms MAMADY

Sexe M

Né(e) le 01/01/2003

à GBOBARO / BEYLA

de OUSMANE

et de DIAKITE MARIAME

Profession CULTIVATEUR

Signature

Résidence BEYLA MORISSANGAREDOU / GBOBARO CENTRE

N° 7414743/21

Taille 1.65 m Teint NOIR Cheveux NOIRS

Signes particuliers

Fait le 10/07/2021 à VOIR PHOTO

Validité 10/07/2026 BEYLA

Timbre fiscal

REPUBLIQUE DE GUINEE

A00415332

Signature de l'Autorité

Empreinte gauche