

MV/covec/640

|                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|   | <b>Système de gestion<br/>HSEC</b>                                                      | N° du doc. :         | HSEC_FOR_031025 |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                         | version :            | 1.0             |
|                                                                                    | <b>Projet de Simandou</b><br><b>Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</b> | 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 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](mailto: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 :

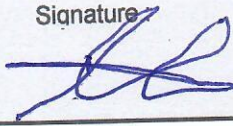
- déterminer si vous êtes apte à travailler sur les sites de Simfer ;
- vous prodiguer les soins médicaux appropriés si nécessaire.

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](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com) ou envoyer un courriel à [demande&C@riotinto.com](mailto: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](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com)

|                                                      |                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Nom en majuscules : LENO TAMBA JULBERT<br>05/08/2024 | Signature  | Da |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

**CONFIDENTIEL**

**Le formulaire rempli doit être envoyé par courriel à l'équipe médicale de Simfer : [simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com).**

|  |                                                                                          |                      |                 |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|  | <h2 style="margin: 0;">Système de gestion<br/>HSEC</h2>                                  | N° du doc. :         | HSEC_FOR_031025 |
|  |                                                                                          | Version :            | 1.0             |
|  |                                                                                          | Révisé par :         | Sékou Camara    |
|  |                                                                                          | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|  |                                                                                          | Date d'approbation : | 12/11/2023      |
|  | <h3>Projet de Simandou</h3> <h3>Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</h3> |                      |                 |

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

|                        |                    |            |           |            |
|------------------------|--------------------|------------|-----------|------------|
| Prénoms et nom         | LENO TAMBA JULBERT |            | Date de   | 01/01/1985 |
| Nationalité            | GUINEENNE          |            |           |            |
| Entreprise             | COVEC              |            |           |            |
| Fonction/poste         | MANOEUVRE          |            |           |            |
| Objet du déplacement   |                    |            |           |            |
| Adresse personnelle    | MORIBADOU          |            | Téléphone | 624377035  |
| Téléphone fixe         |                    |            | Date      |            |
| Numéro de passeport/CI |                    |            |           |            |
| Adresse mail           |                    |            |           |            |
| Contact d'urgence      | Nom                | KAMANO SAM |           |            |
|                        | Téléphones         | 623510195  |           |            |
|                        | 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 ?

|            |                                                                                                                                                                | Oui                      | Non                                 |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>2.</b>  | <b>Antécédents médicaux</b>                                                                                                                                    |                          |                                     |
| <b>2.1</b> | <b>Système nerveux central</b>                                                                                                                                 |                          |                                     |
|            | Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |
|            | Trouble mental ou psychologique, phobie                                                                                                                        |                          |                                     |
| <b>2.2</b> | <b>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</b> | <b>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</b> | <b>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</b> | <b>Dermatologie et système musculosquelettique</b>                                                                                                             |                          |                                     |
|            | Tumeurs malignes ou cancer                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                |                                                         |                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|                                                                                                                                | <h2 style="margin: 0;">Système de gestion<br/>HSEC</h2> | N° du doc. :         | HSEC_FOR_031025 |
|                                                                                                                                |                                                         | Version :            | 1.0             |
|                                                                                                                                |                                                         | Révisé par :         | Sékou Camara    |
|                                                                                                                                |                                                         | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|                                                                                                                                |                                                         | Date d'approbation : | 12/11/2023      |
| <h3 style="margin: 0;">Projet de Simandou</h3> <h4 style="margin: 0;">Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</h4> |                                                         |                      |                 |

|                                                                               |                                          |                          |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 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</b>                                                                    | <b>Appareil urinaire et reproducteur</b> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 ?                                                          |                                          |                          |                                     |
| <b>2.7</b>                                                                    | <b>Organes abdominaux</b>                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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                                                             |                                          |                          |                                     |
| <b>2.8</b>                                                                    | <b>Système endocrinien</b>               | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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)                |                                          |                          |                                     |
| <b>2.9</b>                                                                    | <b>Maladies infectieuses</b>             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hépatite B et C, VIH/ITS                                                      |                                          |                          |                                     |
| <b>2.10</b>                                                                   | <b>Autre</b>                             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 inexpliquée                                           |                                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <p><b>Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.</b></p>  |                                          |                          |                                     |
| <b>3.</b>                                                                     | <b>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                                                                     |                                          | <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 ?                   |                                          |                          |                                     |

|                                                                                                                                |                                                         |                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|                                                                                                                                | <h2 style="margin: 0;">Système de gestion<br/>HSEC</h2> | N° du doc. :         | HSEC_FOR_031025 |
|                                                                                                                                |                                                         | Version :            | 1.0             |
|                                                                                                                                |                                                         | Réviser :            | Sékou Camara    |
|                                                                                                                                |                                                         | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|                                                                                                                                |                                                         | Date d'approbation : | 12/11/2023      |
| <h3 style="margin: 0;">Projet de Simandou</h3> <h4 style="margin: 0;">Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</h4> |                                                         |                      |                 |

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 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"/> |

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

#### 5. Traitement médicamenteux

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

#### 6. Allergies

Veillez indiquer si vous avez des allergies :

Nourriture :

Médicaments :

Produit chimique :

Autre :

|                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|   | <b>Systeme de gestion<br/>HSEC</b>                                                      | N° du doc. :         | HSEC_FOR_031025 |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                         | Version :            | 1.0             |
|                                                                                    | <b>Projet de Simandou</b><br><b>Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</b> | Révisé par :         | Sékou Camara    |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                         | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                         | Date d'approbation : | 12/11/2023      |

**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 :

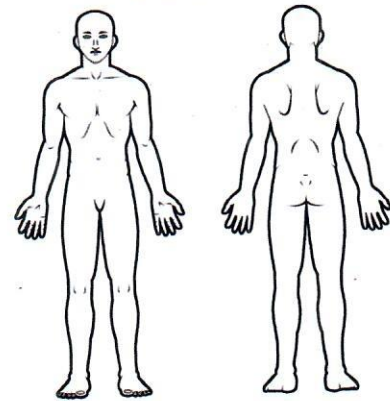
|                                                                                  |                                                                                         |                      |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|  | <b>Système de gestion<br/>HSEC</b>                                                      | N° du doc. :         | HSEC_FOR_031025 |
|                                                                                  |                                                                                         | Version :            | 1.0             |
|  | <b>Projet de Simandou</b><br><b>Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</b> | Révisé par :         | Sékou Camara    |
|                                                                                  |                                                                                         | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|                                                                                  |                                                                                         | Date d'approbation : | 12/11/2023      |

#### 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              | 168         | Cm | Pieds | Poids       | 55   | Kg                                           | Lb                                  | Vision rapprochée                                                             |
| IMC (indice de mas  | 19.5        |    |       | Température | 36.6 | °C                                           | °F                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale |
| Pression artérielle | 130/77 mmHg |    |       | Fréquence   |      | Normale <input checked="" type="checkbox"/>  | Anormale <input type="checkbox"/>   | Vision éloignée                                                               |
| Fréquence cardiaque | 96 bpm      |    |       | Rythme      |      | Régulier <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Respiration            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cardiovasculaire       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Abdomen                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" 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 : Masse abdominale indolore palpable au niveau de l'Hypochondre droit à 3 travers de doigts. Hernie inguinale droite. Râles ronflants au niveau des deux champs pulmonaires.

#### 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 type="checkbox"/> Normal            | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal |
| Glycémie à jeun                 | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal            |

|                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|   | <b>Système de gestion<br/>HSEC</b>                                                      | N° du doc. :         | HSEC_FOR_031025 |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                         | Version :            | 1.0             |
|                                                                                    | <b>Projet de Simandou</b><br><b>Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</b> | Révisé :             | Sékou Camara    |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                         | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                         | Date d'approbation : | 12/11/2023      |

|            |                                            |                                  |
|------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| 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 :