NV/ B Cip/ 468

RioTinto SimFer	Système de gestion SSEC	Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	1.0
		Réviseur :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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 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 : CONDE MAMADY Signature : Date :

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	CONDE MAMADY		Date de	01/01/1988
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	BCEIP			
Fonction/poste	SPOTER			
Adresse personnelle	MORIBADOU			
Téléphone fixe		Téléphone	628626584	
Numéro de passeport/CI	6204062/22	Date	25/01/2027	
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	CONDE MORIBA		
	Téléphones	621399806		
	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		☐	☒
Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement		☐	☒
Épilepsie ou convulsions		☐	☒

Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

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**		

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

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 ?				
Commentaires :				

4	Bilan psychologique	Oui	Non
Vous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ?		☐	☒
Avez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, vertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ?		☐	☑
Avez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos fonctions mentales ou votre état émotionnel ?		☐	☒
Êtes-vous acrophobe ou claustrophobe ?		☐	☒
Vous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité les tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ?		☐	☑
Avez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en hauteur ou dans des espaces clos ?		☐	☒
Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ?		☐	☒
Vous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ?		☐	☒
Avez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de mauvais esprits ?		☐	☒
Vous considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ?		☐	☒
Vous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ?		☐	☒
Vous sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?		☐	☒
Êtes-vous connu comme querelleur ?		☐	☒
Vous sentez-vous souvent agité ou sur les nerfs ?		☐	☒

Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

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 :

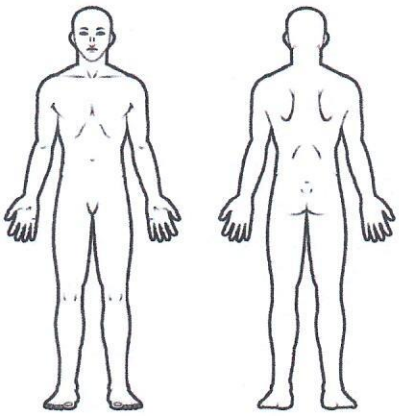
Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

4 - EXAMEN MÉDICAL

À remplir par le médecin examinateur. Un examen minutieux de tous les systèmes est demandé, et <u>toutes les rubriques doivent être remplies.</u>

Taille	1,68	Cm		Pieds	Poids	67	Kg / Lb
IMC (indice de mas	23,7				Température	36,2	°C / °F

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



Commentaires sur les constats cliniques :

Pression artérielle	139/86	Fréquence respiratoire	16 cycles/min	
Fréquence cardiaque	89 puls/min	Rythme cardiaque	Régulier ☑	Irrégulier ☐

5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

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

GROUPE SANGUIN
Tester si inconnu

Rh O+

ANALYSE URINAIRE :

Glucose	Néant	Sang	Néant
Bilirubine	Néant	Leucocytes	Néant

Tous droits réservés © Rio Tinto

Cétone	Néant	Protéine	Néant

ANALYSES SANGUINES :

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

DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

Amphétamines	☒ Négatif	☐ Positif
Benzodiazépines	☒ Négatif	☐ Positif
Cannabinoïdes	☒ Négatif	☐ Positif
Opiacés	☒ Négatif	☐ Positif
Cocaïne	☒ Négatif	☐ Positif

ECG AU REPOS

Veuillez fixer le câble ECG.

Constatations :

☐ Normal

☐ Anormal :

Tous droits réservés © Rio Tinto

ECG À L'EFFORT (si cliniquement indiqué)

Constatations :

☐ Normal

☐ Anormal :

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

Veuillez joindre le cliché radiographique

EXAMEN DE LA VISION :

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

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	3,24	3,20	98,77
Prévu	4,33	3,61	82,92
% prévu	74,83	88,64	119,11

Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %

Commentez en détail toutes les anomalies

AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme

Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

	Normal	Anormal	Commentaires
Oreille gauche	☑	☐	
Oreille droite	☒	☐	

IPA : **%**

Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

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

(*) Fortement recommandé aux demandeurs qui pourraient être en contact avec la faune dans le cadre de leur travail.

Déclaration à signer par l'employé(e) s'il/si elle refuse un vaccin.

« Je déclare par la présente avoir refusé l'administration des vaccins susmentionnés, ce après avoir pris connaissance de leur recommandation et eu égard au profil de risque épidémiologique élevé de la Guinée. Ma décision concernant le vaccin a été prise en toute connaissance de cause. »

Nom en majuscules :	Signature :	Date :

Tous droits réservés © Rio Tinto