

MV/BCEIP/99



# Système de gestion SSEC

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| N° 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](mailto: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](mailto:Simfermedicalteam@riotinto.com) ou envoyer un courriel à [askE&C@riotinto.com](mailto: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](mailto:Simfermedicalteam@riotinto.com).

|                                                |             |        |
|------------------------------------------------|-------------|--------|
| Nom en majuscules : CAMARA OUMAR<br>07/03/2024 | Signature : | Date : |
|------------------------------------------------|-------------|--------|

**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](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com)

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

|                        |                      |                  |            |
|------------------------|----------------------|------------------|------------|
| Prénoms et nom         | CAMARA OUMAR         |                  |            |
| Nationalité            | GUINEENNE            | Date de          | 19/03/1983 |
| Employeur              | BCEIP                |                  |            |
| Fonction/poste         | OPERATEUR COMPACTEUR |                  |            |
| Adresse personnelle    | KOUANKAN             |                  |            |
| Téléphone fixe         |                      | Téléphone        | 622882846  |
| Numéro de passeport/CI |                      | Date             |            |
| Adresse mail           |                      |                  |            |
| Contact d'urgence      | Nom                  | BEAVOGUI AMINATA |            |
|                        | Téléphones           | 621510380        |            |
|                        | 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.

## 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                                 |
|----------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>2.1 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"/> |

## Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi\_Nationaux

|                                                                                                                                                                |                                                    |                                     |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Trouble mental ou psychologique, phobie                                                                                                                        |                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.2</b>                                                                                                                                                     | <b>Système cardiovasculaire</b>                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Troubles cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque |                                                    | <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>             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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>             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| <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 ?                                                                                                                                           |                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <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                                                                                                                                              |                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <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)                                                                                                 |                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.9</b>                                                                                                                                                     | <b>Maladies infectieuses</b>                       | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hépatite B et C, VIH/IST                                                                                                                                       |                                                    | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.10</b>                                                                                                                                                    | <b>Autres</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 checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme                                                                                                      |                                                    | <input checked="" 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 inexplicquée                                                                                                                           |                                                    | <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 type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                             | Jamais                   | <input type="checkbox"/>            |
|                                                             | Ex-fumeur                | <input type="checkbox"/>            |
|                                                             | Fumeur                   | <input 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

Précisez intégralement tous les points où 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"/> |

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 |
|                    |     |     |                            |                     |     |

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

## 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 :

Signature :



Date :

## Projet Simandou

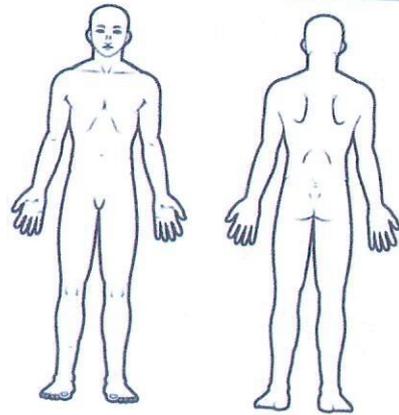
## Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi\_Nationaux

## 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              | 170  | Cm | Pieds | Poids       | 68   | Kg | Lb |
| IMC (indice de mas) | 23,5 |    |       | Température | 36,3 | °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 checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Abdomen                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Musculosquelettique    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Extrémités             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Génito-urinaire        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |



Commentaires sur les constats cliniques : denture cariée par endroit.

|                     |             |                        |                                                                                  |
|---------------------|-------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Pression artérielle | 116/73 mmHg | Fréquence respiratoire | 21 cycles                                                                        |
| Fréquence cardiaque | 66 bpm      | 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.

## GROUPE SANGUIN

Tester si inconnu

Rh

A+

## ANALYSE URINAIRE :

|            |       |            |       |
|------------|-------|------------|-------|
| Glucose    | Neant | Sang       | Neant |
| Bilirubine | Neant | Leucocytes | Neant |

## Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi\_Nationaux

Céto

Neant

Protéine

Neant

## ANALYSES SANGUINES :

|                                         |                                            |                                             |             |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|
| Numération et formule sanguines         | <input type="checkbox"/> Normal            | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal | Hématocrite |
| 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 checked="" 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 :

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           | Rapproché<br>e     |               | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input checked="" type="checkbox"/> Rouge/vert | <input type="checkbox"/> Autre |
| Droit    | 6/<br><i>10/10</i> | 6/<br><i>10/10</i> | 6/            | Champs visuels :                           |                                                |                                |
| Gauche   | 6/<br><i>5/10</i>  | 6/<br><i>10/10</i> | 6/            | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal               |                                |

**SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet**

|                                          | CVF           | VEMS 1         | VEMS %         |
|------------------------------------------|---------------|----------------|----------------|
| Mesuré                                   | <i>4,08L</i>  | <i>7,24L</i>   | <i>94,61%</i>  |
| Prévu                                    | <i>4,40L</i>  | <i>3,66L</i>   | <i>80,05%</i>  |
| % prévu                                  | <i>92,73%</i> | <i>105,46%</i> | <i>118,19%</i> |
| Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %   |               |                |                |
| Commentez en détail toutes les anomalies |               |                |                |

**AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme**

|                                                                                                | Normal                              | Anormal                  | Commentaires |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------|
|  Grille gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| Grille 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 |
|-------------------------------|-------------------------------------|------|--------------|
| <b>Obligatoire :</b>          |                                     |      |              |
| 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 type="checkbox"/>            |      |              |
| <b>Fortement recommandé :</b> |                                     |      |              |
| 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 :