

MV/GRC/305

|                                                                                       |  |                                                                                       |  |                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|
|  |  |  |  | <b>Système de gestion SSEC</b> |  |
| 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 [askEC&C@riotinto.com](mailto:askEC&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 : TOURE SEKOU | Signature :  | Date : |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

18/06/2024

CONFIDENTIEL

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



SimFer

Système de gestion  
SSEC

Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux

N° du doc. : HSEC-FOR\_031024  
Version : 1.0  
Réviseur : Sékou Camara  
Approuvé par : Sofiane Chebli  
Date d'approbation : 12/11/2023

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

|                        |             |             |           |            |            |
|------------------------|-------------|-------------|-----------|------------|------------|
| Prénoms et nom         | TOURE SEKOU |             |           | Date de    | 28/04/2005 |
| Nationalité            | GUINEENNE   |             |           |            |            |
| Employeur              | GPC GROUP   |             |           |            |            |
| Fonction/poste         | MANOEUVRE   |             |           |            |            |
| Adresse personnelle    | LANSANAYAH  |             |           |            |            |
| Téléphone fixe         | Téléphone   |             | 626648527 |            |            |
| Numéro de passeport/CI | 7326452     |             | Date      | 12/04/2026 |            |
| Adresse mail           |             |             |           |            |            |
| Contact d'urgence      | Nom         | TOURE OUMAR |           | Téléphones | 626648526  |
|                        | 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)

|                                                             |                                     |                          |  |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| Maladie cardiaque ou hypertension artérielle                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Epilepsie ou convulsions                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Glaucome ou cécité                                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Diabète sucré                                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Cancer/hémopathie                                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Maladie héréditaire/anomalies congénitales                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Maladies respiratoires (pneumonie, pneumocoque, TB, asthme) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

2. Antécédents médicaux

2.1 Système nerveux central

Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës

Vertiges, étourdissements ou titubements

Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement

Epilepsie ou convulsions

Trouble mental ou psychologique, phobie

2.2 Système cardiovasculaire

|      |  |                                             |  |                                                                                                                                                              |  |                                     |                          |
|------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 2.3  |  | Appareil respiratoire inférieur             |  | Hypertension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral, crampes dans les mollets lors d'un exercice physique |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4  |  | Appareil respiratoire supérieur             |  | Tuberculose ou pneumonie                                                                                                                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5  |  | Dermatologie et système musculosquelettique |  | Tumeurs malignes ou cancer                                                                                                                                   |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6  |  | Appareil urinaire et reproducteur           |  | Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale                                                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7  |  | Organes abdominaux                          |  | Calculs rénaux ou infections urinaires                                                                                                                       |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.8  |  | Système endocrinien                         |  | Problèmes prostatiques/gynécologiques                                                                                                                        |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.9  |  | Maladies infectieuses                       |  | Etes-vous enceinte ?                                                                                                                                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.10 |  | Autres                                      |  | Brûlures gastriques, indigestion fréquente                                                                                                                   |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.11 |  | Allergies                                   |  | Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux                                                                                                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.12 |  | Hépatite B et C, VIH/IST                    |  | Saignement rectal                                                                                                                                            |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.13 |  | Autres                                      |  | Diabète sucré                                                                                                                                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.14 |  | Autres                                      |  | Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire                                                                                                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.15 |  | Autres                                      |  | Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie)                                                                                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.16 |  | Autres                                      |  | Problèmes oculaires                                                                                                                                          |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.17 |  | Autres                                      |  | Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme                                                                                                    |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.18 |  | Autres                                      |  | Toute intervention ou opération chirurgicale                                                                                                                 |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.19 |  | Autres                                      |  | Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature                                                                                                               |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.20 |  | Autres                                      |  | Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?                                                                                |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.21 |  | Autres                                      |  | Perte ou prise de poids inexplicable                                                                                                                         |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                       |  |                                                                                      |  |                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  |  |  |
| RioTinto<br>SimFer                                                                    |  | Système de gestion<br>SSEC                                                           |  | Projet Simandou<br>Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux              |  |
| HSEC-FOR_031024                                                                       |  | N° du doc. :                                                                         |  | 12/11/2023                                                                            |  |
| 1.0                                                                                   |  | Version :                                                                            |  | Approuvé par :                                                                        |  |
| Sèkou Camara                                                                          |  | Réviseur :                                                                           |  | Sofiane Chebli                                                                        |  |
| Date d'approbation :                                                                  |  | Date d'approbation :                                                                 |  | Date d'approbation :                                                                  |  |





SimFer

Système de gestion  
SSEC

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

## Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux

Vous sentez-vous souvent agité ou sur les nerfs ?

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

### 5. Respiration/tuberculose

Toussiez-vous habituellement dès le matin ?

Toussiez-vous habituellement en journée ou la nuit ?

Avez-vous habituellement des remontées de mucosités en journée ou la nuit ?

Avez-vous déjà craché du sang ?

Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?

Êtes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une légère

pente en marchant ?

Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?

Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuintier ?

Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos

fonctions habituelles pendant une semaine ?

Avez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine ?

Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?

Avez-vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?

Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ?

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

### 6. Traitement médicamenteux

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

### 7. Allergies

Veillez indiquer si vous avez des allergies :

Nourriture :

Médicaments :

Produit chimique :

Autre :

## 3 - QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :

Avez-vous occupé un poste où vous avez été exposé à :





RioTinto  
SimFer

Système de gestion  
SSEC

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

Projet Simandou  
Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux

Travail à haute température

DECLARATION 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 :

TOURÉ SÉKOU  
18/06/2024

|                                                                                       |  |                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  |
| 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

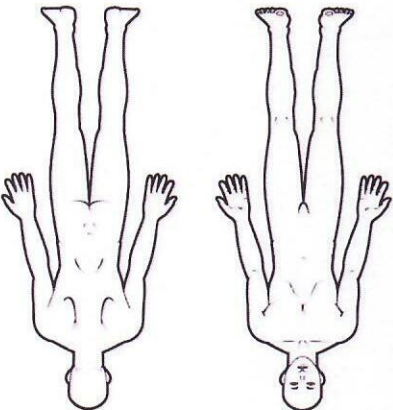
4 - EXAMEN MÉDICAL

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

|                     |             |    |       |                        |                                              |    |                                     |
|---------------------|-------------|----|-------|------------------------|----------------------------------------------|----|-------------------------------------|
| Taille              | 171         | Cm | Pieds | Poids                  | 67                                           | Kg | Lb                                  |
| IMC (indice de mas  | 22,9        |    |       | Température            | 36,5                                         | °C | °F                                  |
| Pression artérielle | 118/77 mmHg |    |       | Fréquence respiratoire | 18 cycles/min                                |    |                                     |
| Fréquence cardiaque | 76 bpm      |    |       | Rythme cardiaque       | Régulier <input checked="" type="checkbox"/> |    | Irrégulier <input type="checkbox"/> |

|                        |                                     |        |         |
|------------------------|-------------------------------------|--------|---------|
| Yeux                   | <input checked="" type="checkbox"/> | Normal | Anormal |
| Oreilles, nez et gorge | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |
| Dents et bouche        | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |
| Respiration            | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |
| Cardiovasculaire       | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |
| Abdomen                | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |
| Musculosquelettique    | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |
| Extrémités             | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |
| Génito-urinaire        | <input checked="" type="checkbox"/> |        |         |

Commentaires sur les constats cliniques :



5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

GROUPES SANGUIN

Tester si inconnu

B Rh positif

ANALYSE URINAIRE :

Glucose

Néant

Sang

Néant

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

**Constatación**

☐ Normal

☐ Anormal :

Veuillez fixer le câble ECG.

## ECG AU REPOS

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

**DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :**

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

## ANALYSES SANGUINES :

|            |        |            |        |
|------------|--------|------------|--------|
| Bilirubine | Normal | Leucocytes | Normal |
| Cetone     | Normal | Proteine   | Normal |

|                                                                                                                                                                             |  |                                                                |                                                       |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|
|   |  | <p style="text-align: center;">Système de gestion<br/>SSEC</p> | Date d'approbation : 12/11/2023                       |  |
| Approuvé par : Sofiane Chebli                                                                                                                                               |  |                                                                |                                                       |  |
| Réviseur : Sékou Camara                                                                                                                                                     |  |                                                                |                                                       |  |
| Version : 1.0                                                                                                                                                               |  |                                                                |                                                       |  |
| N° du doc. : HSEC-FOR_031024                                                                                                                                                |  |                                                                |                                                       |  |
| Projet Simandou                                                                                                                                                             |  |                                                                | Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux |  |

|                                                                                       |  |                                                                                       |  |                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  |  |  |
| 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

EKG 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 :<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal<br><input checked="" type="checkbox"/> Rouge/vert<br><input type="checkbox"/> Autre |
|          | Eloignée      | Rapproché |               |    |                                                                                                                                                        |
| Droit    | 6/            | 6/        | 6/            | 6/ | Champs visuels :<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Anormal                                                     |
| Gauche   | 6/            | 6/        | 6/            | 6/ |                                                                                                                                                        |

référé référé

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet

|                                          |        |        |         |
|------------------------------------------|--------|--------|---------|
| Mesuré                                   | 2,79L  | 2,35L  | 84,93%  |
| Prévu                                    | 4,99L  | 3,60L  | 82,74%  |
| % prévu                                  | 66,33% | 65,28% | 103,80% |
| Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %   |        |        |         |
| Commentez en détail toutes les anomalies |        |        |         |



**RioTinto**  
**SimFer**

**Système de gestion  
SSEC**

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

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

**AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme**

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

|                                                                                                        |  |                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|
| <br><b>SimFer</b> |  | <b>Système de gestion SSEC</b> |  |
| N° du doc. : HSEC-FOR_031024                                                                           |  | Version : 1.0                  |  |
| Révisé par : Sékou Camara                                                                              |  | Approuvé par : Sofiane Chebli  |  |
| Date d'approbation : 12/11/2023                                                                        |  |                                |  |

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

VACCINATION :

Veillez indiquer le statut vaccinal du demandeur et tout vaccin administré.  
Une copie du « carnet de vaccinations internationales » ou de la « fiche d'immunisation » doit être jointe à ce formulaire.  
Veillez à souligner l'importance des vaccins et à indiquer dans les commentaires si le demandeur a refusé l'un des vaccins.

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

« 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. »

Declaracion a signar par l'empleyad(e) s'il/si elle refuse un vaccin.

Nom en majuscules : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

