

MV/WELHy/389



Système de gestion SSEC

N° du doc. :	HSEC_FOR_031037
Version :	2.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	30/09/2024



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale_Nationaux Formulaire B4 - Manipulateurs de denrées alimentaires

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Simfer S.A., membre du groupe Rio Tinto, s'engage à protéger la santé et la sécurité de notre main-d'œuvre et des visiteurs de nos exploitations en Guinée. L'approbation médicale est obligatoire avant de travailler pour le projet Simandou.

Le certificat médical d'aptitude doit être envoyé à simfermedicalteam@riotinto.com pour archivage. 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 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 : KOIVOGUI ANTOINETTE KOLOU	Signature : 
Date : 11/10/2024	

CONFIDENTIEL



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B4 - Manipulateurs de denrées alimentaires

Le certificat médical d'aptitude doit être envoyé à simfermedicalteam@riotinto.com

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

Prénoms et Nom	KOIVOGUI ANTOINETTE KOLOU		DDN	20/11/1993
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	WELHY-CIS			
Fonction/poste	AIDE CUISINIERE			
Adresse personnelle	CANGA			
Téléphone fixe		Téléphone	626634909	
Numéro de passeport/CI	BADGE S40613	Date Expiration	XXX	
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	SOROPOGUI MAMA		
	Téléphones	628661309		
	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		<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			
2.1 Système nerveux central		Oui	Non
Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vertiges, étourdissements ou titubements		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B4 - Manipulateurs de denrées alimentaires

Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Épilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Trouble mental ou psychologique, phobie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2 Système cardiovasculaire		
Troubles cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>
2.3 Appareil respiratoire inférieur		
Asthme, toux chronique, pneumoconiose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tuberculose ou pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4 Appareil respiratoire supérieur		
Troubles oto-rhino-laryngologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Troubles auditifs ou langagiers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5 Dermatologie et système musculosquelettique		
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"/>
2.6 Appareil urinaire et reproducteur		
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"/>
2.7 Organes abdominaux		
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"/>
2.8 Système endocrinien		
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"/>
2.9 Maladies infectieuses		
Hépatite B et C, VIH/IST	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.10 Autres		
Allergies	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>
Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes oculaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B4 - Manipulateurs de denrées alimentaires

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 inexplicable

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

*Appendicectomie depuis 2015
ATCD de Rhumatisme articulaire.*

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

Jamais

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Ex-fumeur

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Fumeur

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?

Combien en consommez-vous ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ?

Commentaires :

4. Respiration/tuberculose

Oui	Non
-----	-----

Toussez-vous habituellement dès le matin ?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Toussez-vous habituellement en journée ou la nuit ?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Avez-vous déjà craché du sang ?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

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

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Avez-vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B4 - Manipulateurs de denrées alimentaires

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.

5 Traitement médicamenteux

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

6 Allergies

Veillez indiquer si vous avez des allergies :

Nourriture :

Médicaments :

Produit chimique :

Autre :

3 - QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :

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

Agent d'exposition	Date/durée de l'exposition		Protection utilisée	
	Oui	Non	Oui	Non
Produits chimiques	<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"/>



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B4 - Manipulateurs de denrées alimentaires

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 ? <i>Rhumatisme articulaire. 2 semaine pour la P.E.C du</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 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 :				

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 : *[Signature]* Date : _____



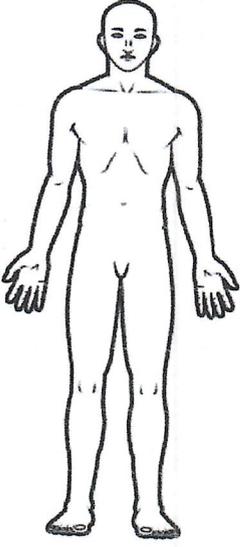
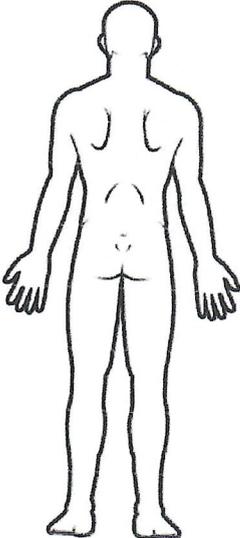
Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B4 - Manipulateurs de denrées alimentaires

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 152	Cm	Pieds	Poids 53	Kg	Lb
IMC (indice de masse corporelle)	22,9		Température 36,7	°C	°F
Pression artérielle	107/63 mmHg		Fréquence respiratoire	15 cycles/min	
Fréquence cardiaque	82 puls/min.		Rythme cardiaque	Régulier <input checked="" type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>

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



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B4 - Manipulateurs de denrées alimentaires

15. Test Romberg



Commentaires sur les constats cliniques :

5- ANALYSE EN LABORATOIRE:

Veillez joindre les résultats de tous tests s'ils ne figurent pas dans ce formulaire !

ANALYSE SANGUINE:

Numération formule sanguine	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal
Glycémie à jeun ou Post-prandiale	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

MICROBIOLOGIE:

Coproculture et parasitologie des Selles	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" 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



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B4 - Manipulateurs de denrées alimentaires

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 type="checkbox"/>		
Polio	<input type="checkbox"/>		
Typhoïde	<input type="checkbox"/>		
Hépatite A	<input type="checkbox"/>		
Fortement recommandé :			
Covid 19	<input type="checkbox"/>		
Hépatite B	<input type="checkbox"/>		
Tétanos	<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.*

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 :

Rio Dnto SimPer

Antoinette Kolou

KOIVOGUI

Company : WELHY-CIS

Department : CAMP

Job : Assistant Cook

ID# S40613

Print Date:13/01/24



WELHY-CIS

NON-RESIDENT

Canga East Emergency Contact : +224 622 87 41 71

If found this badge, please return to WELHY-CIS reception office.