

MV/WELHY/284

RioTinto

SimFer

HSEC Management  
System

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| Doc. No.       | HSEC_FOR_031036 |
| Version:       | 1.00            |
| Prepared by    | Mejdi Abbes     |
| Reviewed by    | Sékou Camara    |
| Approved by    | Sofiane Chebli  |
| Approval date: | 27/02/2024      |

## Projet Simandou

Évaluation médicale périodique des manipulateurs de denrées  
alimentaires (tous les 6 mois)

## AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Simfer SA est membre du Groupe Rio Tinto et s'engage à protéger la santé et la sécurité de son personnel. Conformément à cette priorité, nous avons mis en place une évaluation médicale préalable à l'embauche qui constitue une étape essentielle pour garantir l'aptitude de nos employés dans le cadre du projet Simandou.

Nous demandons que le dépistage médical soit effectué dans des cliniques partenaires et que les résultats soient soumis à [simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com) pour examen et approbation. En outre, pour une surveillance continue de la santé, nous procédons à des évaluations médicales périodiques. En raison de la nature de leur activité, les personnes qui manipulent des denrées alimentaires sont soumises à un examen médical tous les six mois.

Les données personnelles demandées dans ce formulaire comprennent des informations détaillées sur votre état de santé, qui sont nécessaires pour :

- Déterminer si vous êtes apte à travailler sur le projet Simandou et à manipuler des aliments en toute sécurité
- Vous fournir des soins médicaux appropriés si nécessaire
- S'assurer que vous avez reçu tous les vaccins requis.

La raison pour laquelle nous recueillons ces informations sur la santé est que le travail sur le projet Simandou présente des risques importants pour la santé. Il s'agit notamment de l'accès limité aux installations et services médicaux, des retards dans l'évacuation médicale et d'une série de maladies infectieuses et à transmission vectorielle.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale de Simfer du projet Simandou. Si des anomalies médicales sont détectées dans votre formulaire d'évaluation, l'équipe médicale de Simfer peut partager vos données personnelles avec un médecin externe engagé pour fournir des services à Rio Tinto. Vos données personnelles ne seront communiquées à personne d'autre, sauf si un traitement médical urgent et/ou une évacuation sont nécessaires en raison d'un problème médical grave. Dans ces circonstances, il se peut que vos données personnelles doivent être partagées avec l'équipe médicale de Rio Tinto, d'autres professionnels de la santé qui fournissent des services à Rio Tinto, strictement (sur la base du "besoin de savoir").

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 sur le lieu de travail. Vos données personnelles seront conservées conformément aux exigences légales en matière de conservation des dossiers médicaux.

En vertu du Rio Tinto [Data Privacy Standard](#) (disponible sur <https://www.riotinto.com/sustainability/policies>), vous avez des droits en matière de confidentialité des données, y compris le droit de demander l'accès ou la rectification des dossiers contenant vos données personnelles et de recevoir des informations sur le traitement des données. Pour exercer les droits des personnes concernées décrits 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).

**Reconnaissance et consentement :** Je confirme que j'ai lu le présent avis de confidentialité et que j'accepte le traitement de mes données à caractère personnel (y compris mes informations sur la santé) tel que décrit ci-dessus. Je comprends également que le traitement de mes données personnelles (y compris mes informations de santé) peut être entrepris si nécessaire pour se conformer aux obligations légales de Rio Tinto et que lorsque le traitement de mes données personnelles (y compris mes informations de santé) est basé sur mon consentement, je peux retirer ce consentement en le notifiant à [Simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:Simfermedicalteam@riotinto.com).



|                                                                                                                                                                    |                                                                                                   |                |                 |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|----------------|
|   | <b>HSEC Management System</b>                                                                     | Doc. No.       | HSEC_FOR_031036 |                |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                   | Version:       | 1.00            |                |
|                                                                                    | <b>Projet Simandou</b>                                                                            |                | Prepared by     | Mejdi Abbes    |
|                                                                                                                                                                    | <b>Évaluation médicale périodique des manipulateurs de denrées alimentaires (tous les 6 mois)</b> |                | Reviewed by     | Sékou Camara   |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                   |                | Approved by     | Sofiane Chebli |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                   | Approval date: | 27/02/2024      |                |

Nom en caractères d'imprimerie : SANOH MOUSSA  
15/09/2024

Signature



Date:

**CONFIDENTIEL**

Le formulaire rempli doit être envoyé par courriel à l'équipe médicale de Simfer :

[Simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:Simfermedicalteam@riotinto.com)

### 1- INFORMATIONS PERSONNELLES : à compléter par le candidat :

|                                                 |                  |                  |                   |            |
|-------------------------------------------------|------------------|------------------|-------------------|------------|
| Nom et Prénoms                                  | SANOH MOUSSA     |                  | Date de naissance | 01/01/1997 |
| Nationalité                                     | GUINEENNE        |                  |                   |            |
| Compagnie                                       | WELHY-CIS        |                  |                   |            |
| Indiquer le poste/la fonction                   | HEAD PASTRY CHEF |                  |                   |            |
| Adresse du domicile                             | CANGA            |                  |                   |            |
| Téléphone fixe                                  |                  | Téléphone mobile | 627386829         |            |
| Email                                           |                  |                  |                   |            |
| Nom de la personne à contacter en cas d'urgence | Nom              | CONDE AICHA      |                   |            |
|                                                 | Téléphone        | 629828068        |                   |            |
|                                                 | Email            |                  |                   |            |

### 2- QUESTIONNAIRE DE SANTE

À remplir par le demandeur et à remettre au médecin examinateur avant l'examen médical.

Répondez à toutes les questions en toute sincérité. Si "OUI", donnez tous les détails de chaque cas dans le bloc de commentaires.

**Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement de l'une des affections suivantes ?**

| 1. | Interrogatoire                                                                                       | OUI                      | NON                                 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
|    | Avez-vous souffert d'une maladie et/ou avez-vous été en congé maladie au cours des 6 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Avez-vous mal aux oreilles ?                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|    | Avez-vous des difficultés à uriner ?                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |



|                                                                                                                                                                    |                                                                                                   |                |                 |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|----------------|
|   | <b>HSEC Management System</b>                                                                     | Doc. No.       | HSEC_FOR_031036 |                |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                   | Version:       | 1.00            |                |
|                                                                                    | <b>Projet Simandou</b>                                                                            |                | Prepared by     | Mejdi Abbes    |
|                                                                                                                                                                    | <b>Évaluation médicale périodique des manipulateurs de denrées alimentaires (tous les 6 mois)</b> |                | Reviewed by     | Sékou Camara   |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                   |                | Approved by     | Sofiane Chebli |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                   | Approval date: | 27/02/2024      |                |

|                                                         |                          |                                     |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Avez-vous de la diarrhée ?                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>Commentez en détail tous les points marqués OUI.</b> |                          |                                     |
|                                                         |                          |                                     |

## 2- QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :

|                                                                                                                                      |                          |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Avez-vous été absent du travail ? Si oui, pendant combien de temps et pour quelle(s) cause(s) ?                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous été victime d'un accident ou d'une maladie liée au travail au cours des six derniers mois ?<br>Si oui, veuillez préciser : | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| La (les) cause(s) de la maladie ou de l'accident                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Le traitement médical que vous avez suivi et/ou que vous suivez encore.                                                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Souffrez-vous toujours des effets d'une blessure ou d'une maladie liée au travail ?                                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Si oui, indiquez les symptômes dont vous continuez à souffrir :                                                                      |                          |                                     |

|                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>DÉCLARATION DU DEMANDEUR :</b>                                                                                                                                                              |                                                                                                  |        |
| Je déclare par la présente que les réponses à toutes les questions sont, à ma connaissance, exactes et que je n'ai dissimulé aucune information concernant mon état de santé passé ou présent. |                                                                                                  |        |
| Nom en caractères d'imprimerie :                                                                                                                                                               | Signature :  | Date : |

## 3- EXAMEN PHYSIQUE :

**A remplir par le médecin examinateur**

Un examen minutieux de tous les systèmes est demandé, et toutes les sections doivent être remplies.



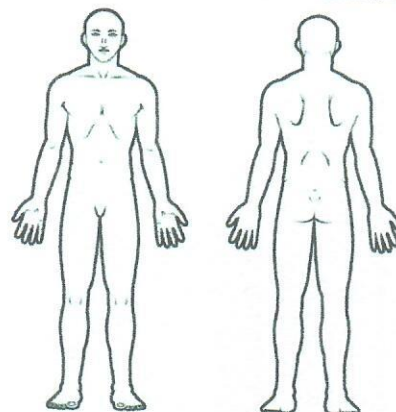


## Projet Simandou

## Évaluation médicale périodique des manipulateurs de denrées alimentaires (tous les 6 mois)

|                                  |             |    |    |                         |               |            |     |
|----------------------------------|-------------|----|----|-------------------------|---------------|------------|-----|
| Taille                           | 179         | cm | Ft | Poids                   | 74            | Kg         | Lbs |
| IMC (indice de masse corporelle) | 23,1        |    |    | Température             | 36,1          | °C X       | °F  |
| Tension artérielle               | 116/73 mmHg |    |    | Fréquence respiratoire: | 16 cycles/min |            |     |
| Fréquence cardiaque              | 89 puls/min |    |    | Rythme cardiaque        | Régulier X    | Irrégulier |     |

|                          | Normal                              | Anormal                             |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Yeux                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Oreille (otoscopie)      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Nez et gorge             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Bouche et dents          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Appareil respiratoire    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Cardiovasculaire         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Abdominal                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Peau                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Appareil locomoteur      | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Extrémités               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Appareil génito-urinaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |



Commentaires sur les résultats cliniques :

Denture incomplète et cariée par endroit.

## 4- LES ANALYSES DE LABORATOIRE:

Veuillez soumettre les résultats des tests en pièce-jointe s'ils ne figurent pas dans le présent formulaire.

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             |                |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|
|   | <b>HSEC Management System</b>                                                                                               | Doc. No.       | HSEC_FOR_031036 |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             | Version:       | 1.00            |
|                                                                                    | <b>Projet Simandou</b><br><b>Évaluation médicale périodique des manipulateurs de denrées alimentaires (tous les 6 mois)</b> | Prepared by    | Mejdi Abbes     |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             | Reviewed by    | Sékou Camara    |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             | Approved by    | Sofiane Chebli  |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             | Approval date: | 27/02/2024      |

#### ANALYSE DES URINES:

|            |         |            |         |
|------------|---------|------------|---------|
| Glucose    | Absence | Sang       | Absence |
| Bilirubine | Absence | Leucocytes | Absence |
| Cétone     | Absence | Protéines  | Absence |
| Nitrite    |         |            |         |

#### Examen copro-parasitologique des selles

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| Aspect des selles | Molles          |
| Parasite          | Kystes d'amibes |
| Ovules            |                 |

**Moussa**

**SANOH**

Company : WELHY-CIS

Department : CAMP

Job : Head Pastry Chef

ID# S001361

Print Date: 09/01/24

**RESIDENT**

Rio Dinto

Sim For



WELHY-CIS

Canga East Emergency Contact : +224 622 87 41 71  
If found this badge, please return to WELHY-CIS reception office.