MN/NELHY/267

Projet Simandou

Manipulateurs de denrées alimentaires – Formulaire d'évaluation médicale pré-embauche

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 l'examen médical soit effectué dans des cliniques partenaires et que les résultats soient soumis à simfermedicalteam@riotinto.com pour examen et approbation. En outre, pour une surveillance continue de la santé, nous procédons à des évaluations médicales périodiques.

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
- s'assurer que vous avez reçu tous les vaccins requis
- vous fournir les soins médicaux appropriés si nécessaire

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 d'autres 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 partagées avec personne d'autre, à moins qu'un traitement médical urgent et/ou une évacuation ne soient nécessaires en raison d'un problème médical grave. Dans ces circonstances, vos données personnelles peuvent devoir 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 vos données personnelles, 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 ou envoyer un courriel à 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.

Nom en caractères d'imprimerie :FOFANA AYOUBA Date:07/09/2024	Signature:

Tous droits réservés © Rio Tinto

Projet Simandou

Manipulateurs de denrées alimentaires – Formulaire d'évaluation médicale pré-embauche

CONFIDENTIEL

Le formulaire dûment rempli doit être envoyé par courrier électronique à l'équipe médicale de Simfer : Simfermedicalteam@riotinto.com

1- INFORMATIONS PERSONNELLES : à remplir par le candidat :

Nom et Prénoms	FOFANA AYOUBA	Date de naissance	07/01/2005
Nationalité	GUINEENNE		
Compagnie	WELHY-CIS		
Indiquer le poste/la fonction	BOUCHER		
Adresse du domicile	MORIBADOU		
Téléphone Fixe		Téléphone portable	611002673
Email			
Personne à contacter en cas d'urgence	Nom	FOFANA SEKOU	
	Téléphone	628327509	
	Email		

2- Interrogatoire:

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

Répondez honnêtement à toutes les questions. Si "OUI", indiquez 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.	Antécédents familiaux	OUI	NON
	Maladie cardiaque ou hypertension artérielle	☐	☒
	Epilepsie ou crises convulsives	☐	☒
	Glaucome ou cécité	☐	☒
	Diabète	☐	☒
	Cancer/maladies du sang	☐	☒
	Maladies héréditaires/anomalies congénitales	☐	☒
	Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, tuberculose, asthme)	☐	☒

Commentaires complets sur tous les éléments marqués OUI selon la numérotation :

Tous droits réservés © Rio Tinto

2.	Antécédents médicaux	OUI	NON
2.1	**Système nerveux central**		
Maux de tête/migraines fréquents ou sévères		☐	☒
Vertiges, évanouissement ou perte d'équilibre		☐	☒
Traumatisme crânien, commotion cérébrale, perte de conscience		☐	☒
Epilepsie ou crises convulsives, le cas échéant		☐	☒
Tout trouble mental/psychologique/phobie		☐	☒
2.2	**Système cardiovasculaire**		
Troubles cardiaques, par exemple RAA, souffle cardiaque, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque		☐	☒
Hypertension artérielle, hypercholestérolémie ou troubles circulatoires, y compris accident vasculaire cérébral, crampes au mollet lors d'un exercice physique		☐	☒
2.3	**Appareil respiratoire inférieur**		
Asthme/toux chronique/pneumoconiose		☐	☒
Tuberculose ou Pneumonie		☐	☒
2.4	**Appareil respiratoire supérieur**		
Troubles ORL (oreille, nez et gorge)		☐	☒
Troubles de l'audition ou de la parole		☐	☒
2.5	**Dermatologie/Appareil musculo-squelettique**		
Cancer		☐	☒
Affections cutanées (psoriasis, eczéma, acné)		☐	☒
Maladies des muscles, des os, des articulations, du dos		☐	☒
2.6	**Système génito-urinaire**		
Calculs rénaux ou infections urinaires		☐	☒
Problèmes de prostate/gynécologiques		☐	☒
Vous êtes enceinte (femmes uniquement)		☐	☐
2.7	**Abdomen**		
Brûlure d'estomac, indigestion fréquente		☐	☒
Diarrhée chronique		☐	☒
Problèmes d'estomac, de foie ou d'intestin		☐	☒
Saignement rectal		☐	☒
2.8	**Endocrinien**		
Diabète		☐	☒
Maladie de la thyroïde, trouble glandulaire,		☐	☒
Maladies du sang		☐	☒
2.9	**Autres maladies**		
Allergies		☐	☒

Tous droits réservés © Rio Tinto

Hospitalisation pour n`importe quelle raison	☐	☒
Avez-vous été opéré?	☐	☒
Toute maladie tropicale, par exemple la bilharziose ou le paludisme	☐	☒
Problèmes oculaires	☐	☒
Cancer ou tumeur de tout type	☐	☒
Vous pensez que votre lieu de travail actuel peut affecter votre santé	☐	☒
Perte ou prise de poids inexpliquée	☐	☒
Commentez en détail tous les points marqués d'un OUI, en fonction du nombre		

3.	Habitudes	OUI	NON
Exercice, sport et loisirs		☒	☐
Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? Football chaque jour			
Drogue		☐	☒
Alcool		☐	☒
À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?			
Quelle quantité consommez-vous ?			
Tabac:	Jamais	☐	☒
	Ex fumeur	☐	☒
	Fumeur	☐	☒
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?			
Commentaires:			

4	Antécédents Psychologiques	OUI	NON
Vous a-t-on déjà demandé de ne pas travailler en équipe, de ne pas travailler de nuit ou de ne pas faire n'importe quel type de travail ?		☐	☒
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de troubles nerveux ou mentaux, par exemple d'épilepsie, d'évanouissements, de vertiges, d'épisodes de faiblesse soudaine, d'anxiété ou de dépression ?		☐	☒
Avez-vous déjà été adressé à un spécialiste, notamment un psychologue ou un psychiatre, ou à tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, un avis ou un traitement concernant vos fonctions mentales ou votre état émotionnel ?		☐	☒
Craignez-vous les hauteurs ou des espaces clos ?		☐	☒
Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ?		☐	☒
Vous sentez-vous souvent triste, déprimé ou sans espoir ?		☐	☒
Avez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par exemple des messages des dieux, du diable ou des mauvais esprits ?		☐	☒

Tous droits réservés © Rio Tinto

Vous considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par exemple : vous pouvez voler sans ailes ou sans aide ?	☐	☒
Vous sentez-vous souvent irritable ? ; j'ai l'impression que tout est un effort	☐	☒
Vous sentez-vous souvent nerveux ou vous n'arrivez pas à se contrôler ?	☐	☒
Etes-vous connu pour déclencher des disputes ?	☐	☒
Vous sentez-vous souvent agité ou à bout de nerfs ?	☐	☒
5. Questionnaire sur les maladies respiratoires et la tuberculose	**OUI**	**NON**
Avez-vous l'habitude de tousser dès le matin ?	☐	☒
Toussez-vous souvent pendant la journée ou la nuit ?	☐	☒
Crachez-vous souvent des mucosités pendant la journée ou la nuit ?	☐	☒
Avez-vous déjà craché du sang ?	☐	☒
Ressentez-vous une oppression thoracique ou avez-vous du mal à respirer ?	☐	☒
Vous sentez-vous essoufflé lorsque vous courez sur un terrain plat ou si vous montez une petite colline ?	☐	☒
Votre essoufflement s'aggrave durant la journée ?	☐	☒
Votre poitrine a-t-elle déjà donné l'impression de se soulever ou de siffler ?	☐	☒
Au cours des trois dernières années, avez-vous souffert d'une maladie thoracique qui vous a empêché d'effectuer vos tâches habituelles pendant une semaine ?	☐	☒
Avez-vous déjà subi une blessure ou une opération qui a affecté votre poitrine ?	☐	☒
Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?	☐	☒
Avez-vous déjà souffert d'une bronchite, d'une pneumonie ou d'une pleurésie ?	☐	☒
Avez-vous déjà souffert de tuberculose pulmonaire, d'asthme ou d'une autre maladie respiratoire ?	☐	☒

Commentez en détail tous les points marqués d'un OUI en fonction de leur nombre.

6 Medicaments

Veuillez indiquer les médicaments et les doses que vous prenez actuellement.

7 Allergies

Faites-nous savoir si vous avez des allergies :

Alimentaires:

Médicamenteuses:

Chimiques:

Autres:

Tous droits réservés © Rio Tinto

3- QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :

Avez-vous déjà occupé un emploi dans lequel vous avez été exposé(e) à... ?					
Agent d'exposition			Date/Durée de l'exposition	Protection utilisée	
	OUI	NON		OUI	NON
Produits chimiques	☐	☒		☐	☐
Risques biologiques	☐	☒		☐	☐
Si "OUI", précisez					
Bruit	☐	☒		☐	☐
Vibrations	☐	☒		☐	☐
Rayonnement	☐	☒		☐	☐
Amiante	☐	☒		☐	☐
Exposition au plomb	☐	☒		☐	☐
Autres poussières (silice, charbon, or, diamant)	☐	☒		☐	☐
Avez-vous manqué le travail au cours de l'année écoulée ? Si oui, pendant combien de temps et pour quelle(s) cause(s) ?				☐	☒
Avez-vous déjà été victime d'un accident ou d'une maladie liée à votre travail ou avez-vous déjà fait une demande d'indemnisation pour accident du travail ? Si oui, précisez :				☐	☒
La ou les causes de la maladie ou de l'accident					
Le traitement médical que vous avez reçu et/ou que vous continuez à recevoir :					
Vous continuez à souffrir des effets d'un accident ou d'une maladie liée au travail :				☐	☒

DÉCLARATION DU CANDIDAT:

Je déclare que les réponses à toutes les questions sont, à ma connaissance, exactes et que je n'ai omis aucune information relative à mon état de santé passé ou présent.

Nom en caractères d'imprimerie : Signature : Date:

4- EXAMEN PHYSIQUE :

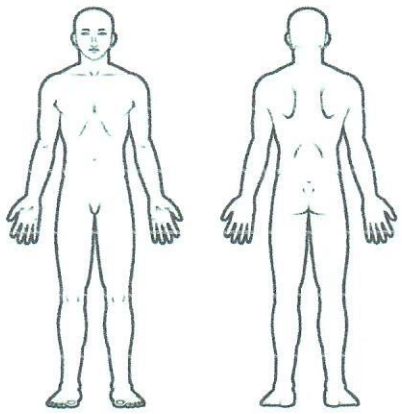
Tous droits réservés © Rio Tinto

A remplir par le médecin examinateur

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

Taille 169	cm	Feet	Weight 70	kg	Pounds
IMC (indice de masse corporelle)	24,5		Température 36,4	°C	°F
Tension Artérielle	130/65 mmHg		Fréquence respiratoire:	16 cycles/min	
Fréquence cardiaque	61 puls/min		Rythme cardiaque	Régulier ☒	Irrégulier

	Normal	Anormal
Yeux	☒	☐
Oreille (otoscopie)	☒	☐
Nez et gorge	☒	☐
Bouche et dents	☒	☐
Appareil respiratoire	☒	☐
Cardiovasculare	☒	☐
Abdominal	☒	☐
Peau	☒	☐
Appareil locomoteur	☒	☐
Extrémités	☒	☐
Appareil génito-urinaire	☒	☐



Commentaires sur les résultats cliniques :

5- LES ANALYSES DE LABORATOIRE :

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

GROUPE SANGUIN
Test si non déjà connu

Rh A+

Tous droits réservés © Rio Tinto

ANALYSE DES URINES:

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

Examen copro-parasitologique des selles :

Aspect des selles	
Parasite	
Ovules	

LES ANALYSES SANGUINES:

NFS	☐ Normal	☑ Anormal:
Glycémie à jeun	☑ Normal	☐ Anormal:
Urée/Créatinine	☑ Normal	☐ Anormal:
Bilirubine	☑ Normal	☐ Anormal:
Cholestérol (Total, HDL, LDL)	☑ Normal	☐ Anormal:
Triglycérides	☑ Normal	☐ Anormal:
ALAT-ASAT	☑ Normal	☐ Anormal:
Gamma GT	☑ Normal	☐ Anormal:
CRP	☐ Normal	☐ Anormal:
AgHBs	☑ Normal	☐ Anormal:
Immunoglobuline G spécifique du VHA	☐ Normal	☐ Anormal:
IDR à la Tuberculine	☐ Normal	☐ Anormal:
VIH (avec le consentement du patient)	☐ Normal	☐ Anormal:

DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES

Amphetamines	☑ Négatif	☐ Positif
Benzodiazepines	☑ Négatif	☐ Positif
Cannabinoids	☑ Négatif	☐ Positif

Tous droits réservés © Rio Tinto

Opiates	☐ Négatif	☐ Positif
Cocaine	☐ Négatif	☐ Positif

Radiographie de thorax

Résultats:
☐ Normal
☐ Anormal:

ECG (si cliniquement indiqué)
Attachez le tracé

Résultats:
☐ Normal
☐ Anormal:

Epreuve d'effort (en cas d'indication clinique)

Résultats:
☐ Normal
☐ Anormal:

EXAMEN DE LA VUE :

Vision:	Sans lunettes		Avec lunettes	Vision des couleurs:
	De loin	Du près		☒ Normal ☒ Rouge/vert ☐ Autre
Droite	6/ 9/10	6/ 9/10	6/	Champs visuels:
Gauche	6/ 9/10	6/ 9/10	6/	☒ Normal ☐ Anormal

SPIROMÉTRIE : Joindre le rapport complet

Tous droits réservés © Rio Tinto

	CVF	VEMS	FEV%
Mesuré			
Théorique			
% Théorique			
Consulter si le rapport VEMS/CVF <70 %			

AUDIOMÉTRIE : Veuillez joindre l'audiogramme

	Normal	Anormal	Commentaires
Oreille gauche	☒	☐	
Oreille gauche	☐	☒	
PLH: %			

VACCINATION:

Indiquez le statut vaccinal du candidat et tout vaccin administré.

Une copie du "certificat international de vaccination" ou de la "carte d'enregistrement des vaccinations" doit être jointe à ce formulaire.

Vaccination	Immune	Date	Commentaires
Obligatoire:			
Fièvre jaune	☐		
Hépatite A	☐		
Hépatite B	☐		
Typhoïde	☐		
Diphtérie	☐		
Méningocoque	☐		
Tétanos	☐		
Hautement recommandé:			
COVID-19	☐		
Polio	☐		

Tous droits réservés © Rio Tinto

Veuillez conseiller sur l'importance de la vaccination et indiquer dans le commentaire si le candidat a refusé l'un des vaccins obligatoires ou fortement recommandés.

Veuillez noter que, pour les personnes manipulant des denrées alimentaires, les vaccins obligatoires sont un élément clé de l'aptitude au travail.

Déclaration : à signer par le candidat s'il refuse une vaccination.

" Je déclare avoir refusé l'administration du/des vaccin(s) mentionné(s) ci-dessus, après avoir été informé(e) de sa/leur forte recommandation, compte tenu du profil de risque épidémiologique élevé de la Guinée.

Ma décision a été prise après avoir reçu toutes les informations relatives au vaccin

Nom en caractères d'imprimerie:	Signature:	Date:

Tous droits réservés © Rio Tinto