

 	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024	
		Version :	1.0	
	Projet Simandou		Révisé par :	Sékou Camara
	Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux		Approuvé par :	Sofiane Chebli
			Date d'approbation :	12/11/2023

Le formulaire rempli doit être envoyé par courriel à l'équipe médicale de Sim
simfermedicalteam@riotinto.com

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

Prénoms et nom	KEITA ABOU		Date de	01/01/1978
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	WELHY-CIS			
Fonction/poste	NETTOYAGE			
Adresse personnelle	TRAORELA			
Téléphone fixe		Téléphone	610452805	
Numéro de passeport/CI	0332036/21	Date	31/03/2026	
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	BIGNE KEITA		
	Téléphones	622690031		
	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		☐	☒
Glaucome ou cécité		☐	☒
Diabète sucré		☐	☒
Cancer/hémopathie		☐	☒
Maladie héréditaire/anomalies congénitales		☐	☒
Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, TB, asthme)		☐	☒
Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.			
2. Antécédents médicaux		Oui	Non
2.1 Système nerveux central			
Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës		☐	☒
Vertiges, étourdissements ou titubements		☐	☒
Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement		☐	☒
Épilepsie ou convulsions		☐	☒

Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux



Trouble mental ou psychologique, phobie

2.2 Système cardiovasculaire

Troubles cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque

Hypertension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral, crampes dans les mollets lors d'un exercice physique

2.3 Appareil respiratoire inférieur

Asthme, toux chronique, pneumoconiose

Tuberculose ou pneumonie

2.4 Appareil respiratoire supérieur

Troubles oto-rhino-laryngologiques

Troubles auditifs ou langagiers

2.5 Dermatologie et système musculosquelettique

Tumeurs malignes ou cancer

Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné)

Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale

2.6 Appareil urinaire et reproducteur

Calculs rénaux ou infections urinaires

Problèmes prostatiques/gynécologiques

Êtes-vous enceinte ?

2.7 Organes abdominaux

Brûlures gastriques, indigestion fréquente

Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux

Saignement rectal

2.8 Système endocrinien

Diabète sucré

Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire

Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie)

2.9 Maladies infectieuses

Hépatite B et C, VIH/IST

2.10 Autres

Allergies

Hospitalisation pour quelque raison que ce soit

Toute intervention ou opération chirurgicale

Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme

Problèmes oculaires

Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature

Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?

Perte ou prise de poids inexpliquée

Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

3. Histoire sociale

	Oui	Non
Alcool	☐	☒
Drogues récréatives	☐	☒
Exercice, sport et loisirs	☐	☒
Tabagisme	☐	☒
	Jamais	☒
	Ex-fumeur	☐
	Fumeur	☒

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

Combien en consommez-vous ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

Commentaires :

4 Bilan psychologique

	Oui	Non
Vous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ?	☐	☒
Avez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, vertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ?	☐	☒
Avez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos fonctions mentales ou votre état émotionnel ?	☐	☒
Êtes-vous acrophobe ou claustrophobe ?	☐	☒
Vous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité les tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ?	☐	☒
Avez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en hauteur ou dans des espaces clos ?	☐	☒
Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ?	☐	☒
Vous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ?	☐	☒
Avez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de mauvais esprits ?	☐	☒
Vous considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ?	☐	☒
Vous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ?	☐	☒
Vous sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?	☐	☒
Êtes-vous connu comme querelleur ?	☐	☒
Vous sentez-vous souvent agité ou sur les nerfs ?	☐	☒

Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

5. Respiration/tuberculose

	Oui	Non
Toussez-vous habituellement dès le matin ?	☐	☒
Toussez-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 :

Agent d'exposition	Oui	Non	Date/durée de l'exposition	Protection utilisée
				Oui Non



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Produits chimiques	☐	☒		☐	☐
Si oui, précisez	☐	☒		☐	☐
Bruit	☐	☒		☐	☐
Vibrations	☐	☒		☐	☐
Radioactivité	☐	☒		☐	☐
Poussière d'amiante	☐	☒		☐	☐
Plomb	☐	☒		☐	☐
Autres poussières (silice, charbon, or, diamant)	☐	☒		☐	☐
Vous êtes-vous absenté du travail au cours de l'année dernière ? Dans l'affirmative, pour combien de temps et pour quels motifs ?				☐	☒
Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie professionnelle ou une demande d'indemnisation en tant qu'employé ? Si oui, indiquez :				☐	☒
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 ?				☐ Oui	☒ Non
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir :					
La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ?				Oui	Non
Conduite d'engins de terrassement lourds	☐	☒			
Soulèvement/flexion répétitifs	☐	☒			
Travail en surface sur des tâches physiques légères	☐	☒			
Posture debout prolongée	☐	☒			
Conduite d'un véhicule de passagers	☐	☒			
Travail de bureau	☐	☒			
Espace confiné	☐	☒			
Travail en hauteur	☐	☒			
Contact avec la faune	☐	☒			
Travailler en mer	☐	☒			
Travail souterrain	☐	☒			
Travail à haute température	☐	☒			



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

DÉCLARATION DU DEMANDEUR :

Je déclare par la présente qu'à ma connaissance, les réponses à toutes les questions sont correctes, et n'avoir caché aucune information concernant ma santé passée ou présente.

Nom en majuscules :

Signature :

Date :

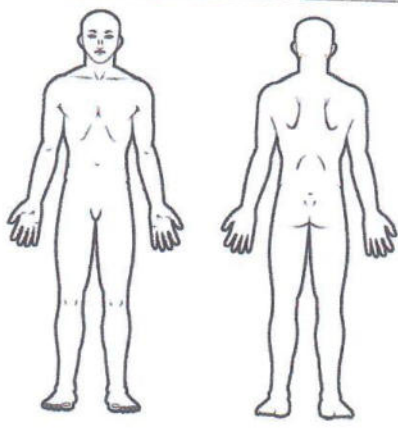
 	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024	
		Version :	1.0	
	Projet Simandou		Révisé par :	Sékou Camara
	Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux		Approuvé par :	Sofiane Chebli
			Date d'approbation :	12/11/2023

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	Cm	Pieds	Poids 58	Kg	Lb
IMC (indice de mas	24,1		Température 36,7	°C	°F

	Normal	Anormal
Yeux	☒	☐
Oreilles, nez et gorge	☒	☐
Dents et bouche	☒	☐
Respiration	☒	☐
Cardiovasculaire	☐	☐
Abdomen	☒	☐
Musculosquelettique	☒	☐
Extrémités	☒	☐
Génito-urinaire	☒	☐



Commentaires sur les constats cliniques :

Pression artérielle		Fréquence respiratoire	20 cycles/min
Fréquence cardiaque		Rythme cardiaque	Régulier ☒ Irrégulier ☐

5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

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

GRUPE SANGUIN

Tester si inconnu

Rh 0-

ANALYSE URINAIRE :

Glucose	Néant	Sang	Néant
Bilirubine	Néant	Leucocytes	Néant

	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

Cétone	Neut	Protéine	Neut
--------	------	----------	------

ANALYSES SANGUINES :

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

DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

Amphétamines	☒ Négatif	☐ Positif
Benzodiazépines	☒ Négatif	☐ Positif
Cannabinoïdes	☒ Négatif	☐ Positif
Opiacés	☒ Négatif	☐ Positif
Cocaïne	☒ Négatif	☐ Positif

ECG AU REPOS

Veuillez fixer le câble ECG.

Constatations :

☐ Normal

☐ Anormal :

ECG À L'EFFORT (si cliniquement indiqué)

N° du doc. : HSEC-FOR_031024

Version : 1.0

Réviseur : Sékou Camara

Approuvé par : Sofiane Chebli

Date d'approbation : 12/11/2023

Constatations :

- ☐ Normal
☐ Anormal :

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

Veuillez joindre le cliché radiographique

EXAMEN DE LA VISION :

Vision :	Sans lunettes		Avec lunettes	Vision chromatique :
	Éloignée	Rapproché e		
				☒ Normal ☒ Rouge/vert ☐ Autre
Droit	6/ 7/10	6/ 7/10	6/	Champs visuels :
Gauche	6/ 7/10	6/ 7/10	6/	☒ Normal ☐ Anormal

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	3,15	3,08	97,78
Prévu	3,52	2,92	81,87
% prévu	89,49	105,48	119,43
Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %			
Commentez en détail toutes les anomalies			

AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme

 		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
		Normal	Anormal	Commentaires
	Oreille gauche	☒	☐	
	Oreille droite	☒	☐	
IPA : %				



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

VACCINATION :

Veillez indiquer le statut vaccinal du demandeur et tout vaccin administré.

Une copie du « carnet de vaccinations internationales » ou de la « fiche d'immunisation » doit être jointe à ce formulaire.

Veillez à souligner l'importance des vaccins et à indiquer dans les commentaires si le demandeur a refusé l'un des vaccins.

Vaccin	Immunisé	Date	Commentaires
Obligatoire :			
Fièvre jaune	☒		
Personnel de cuisine			
Hépatite A	☐		
Hépatite B	☐		
Typhoïde	☐		
Méningite	☐		
Diphtérie	☐		
Tétanos	☐		
Fortement recommandé :			
Covid 19	☐		
Hépatite A	☐		
Hépatite B	☐		
Tétanos	☐		
Polio	☐		
Typhoïde	☐		
Méningococcie	☐		
Diphtérie	☐		
Rage*	☐		

(*) 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 :