

MV/WELHY /2024

|  |  |                |                 |
|--|--|----------------|-----------------|
|  | <b>HSEC Management System</b>  | Doc. No.       | HSEC_FOR_031037 |
|  |  | Version:       | 1.00            |
|  | <b>Projet Simandou</b><br><b>Manipulateurs de denrées alimentaires – Formulaire d'évaluation médicale pré-embauche</b> | Prepared by    | Mejdi Abbes     |
|  |  | Reviewed by    | Sékou Camara    |
|  |  | Approved by:   | Sofiane Chebli  |
|  |  | Approval date: | 27/02/2024      |

**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](mailto: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

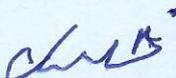
La raison pour laquelle nous recueillons ces informations sur la santé est que le travail sur le projet Simandou présente des risques importants pour la santé. Il s'agit notamment de l'accès limité aux installations et services médicaux, des retards dans l'évacuation médicale et d'une série d'autres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

|   |  |
|---|--|
| Nom en caractères d'imprimerie :TRAORE KALILOU<br>Date:07/09/2024 | Signature:<br> |
|---|--|

|  |                                 |                |                 |
|--|---------------------------------|----------------|-----------------|
|  | <h2>HSEC Management System</h2> | Doc. No.       | HSEC_FOR_031037 |
|  |                                 | Version:       | 1.00            |
|  |                                 | Prepared by    | Mejdi Abbes     |
|  |                                 | Reviewed by    | Sékou Camara    |
|  |                                 | Approved by:   | Sofiane Chebli  |
|  |                                 | Approval date: | 27/02/2024      |



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

**1- INFORMATIONS PERSONNELLES : à remplir par le candidat :**

|                                       |                |                    |            |
|---------------------------------------|----------------|--------------------|------------|
| Nom et Prénoms                        | TRAORE KALILOU | Date de naissance  | 18/08/1984 |
| Nationalité                           | GUINEENNE      |                    |            |
| Compagnie                             | WELHY-CIS      |                    |            |
| Indiquer le poste/la fonction         | BOUCHER        |                    |            |
| Adresse du domicile                   | BEYLA          |                    |            |
| Téléphone Fixe                        |                | Téléphone portable | 628655719  |
| Email                                 |                |                    |            |
| Personne à contacter en cas d'urgence | Nom            | CONDE SONNA        |            |
|                                       | Téléphone      | 625375744          |            |
|                                       | 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                           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Epilepsie ou crises convulsives  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Glaucome ou cécité   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Diabète  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cancer/maladies du sang  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maladies héréditaires/anomalies congénitales                           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, tuberculose, asthme) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

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



## Projet Simandou

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

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

## Projet Simandou

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

|   |                                   |                                     |                                     |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Hospitalisation pour n'importe quelle raison  |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous été opéré?  |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toute maladie tropicale, par exemple la bilharziose ou le paludisme   |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Problèmes oculaires   |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Cancer ou tumeur de tout type   |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vous pensez que votre lieu de travail actuel peut affecter votre santé  |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Perte ou prise de poids inexplicée  |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Commentez en détail tous les points marqués d'un OUI, en fonction du nombre   |                                   |                                     |                                     |
| <br>  |                                   |                                     |                                     |
| <b>3.</b>   | <b>Habitudes</b>                  | <b>OUI</b>                          | <b>NON</b>                          |
| Exercice, sport et loisirs  |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ?   |                                   |                                     |                                     |
| Drogue  |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Alcool  |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?   |                                   |                                     |                                     |
| Quelle quantité consommez-vous ?  |                                   |                                     |                                     |
| Tabac:  | Jamais                            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
|   | Ex fumeur                         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
|   | Fumeur                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?   |                                   |                                     |                                     |
| Commentaires:   |                                   |                                     |                                     |
|   |                                   |                                     |                                     |
| <b>4</b>  | <b>Antécédents Psychologiques</b> | <b>OUI</b>                          | <b>NON</b>                          |
| 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 ?   |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 ?   |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 ? |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Craignez-vous les hauteurs ou des espaces clos ?  |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ?   |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous souvent triste, déprimé ou sans espoir ?   |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par exemple des messages des dieux, du diable ou des mauvais esprits ?  |                                   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |



## Projet Simandou

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

|  |   |                          |                                     |
|--|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Vous considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par exemple : vous pouvez voler sans ailes ou sans aide ?  |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous souvent irritable ? ; j'ai l'impression que tout est un effort  |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous souvent nerveux ou vous n'arrivez pas à se contrôler ?  |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Etes-vous connu pour déclencher des disputes ?   |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous souvent agité ou à bout de nerfs ?  |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>5.</b>  | <b>Questionnaire sur les maladies respiratoires et la tuberculose</b> | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>                          |
| Avez-vous l'habitude de tousser dès le matin ?   |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toussez-vous souvent pendant la journée ou la nuit ?   |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Crachez-vous souvent des mucosités pendant la journée ou la nuit ?   |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà craché du sang ?  |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ressez-vous une oppression thoracique ou avez-vous du mal à respirer ?   |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vous sentez-vous essoufflé lorsque vous courez sur un terrain plat ou si vous montez une petite colline ?  |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Votre essoufflement s'aggrave durant la journée ?  |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Votre poitrine a-t-elle déjà donné l'impression de se soulever ou de siffler ?   |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 ? |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà subi une blessure ou une opération qui a affecté 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 souffert d'une bronchite, d'une pneumonie ou d'une pleurésie ?  |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous déjà souffert de tuberculose pulmonaire, d'asthme ou d'une autre maladie respiratoire ?  |   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>Commentez en détail tous les points marqués d'un OUI en fonction de leur nombre.</b>  |   |                          |                                     |
|  |   |                          |                                     |
| <b>6</b>   | <b>Medicaments</b>  |                          |                                     |
| <b>Veillez indiquer les médicaments et les doses que vous prenez actuellement.</b>   |   |                          |                                     |
|  |   |                          |                                     |
| <b>7</b>   | <b>Allergies</b>  |                          |                                     |
| <b>Faites-nous savoir si vous avez des allergies :</b>   |   |                          |                                     |
| Alimentaires:  |   |                          |                                     |
| Médicamenteuses:   |   |                          |                                     |
| Chimiques:   |   |                          |                                     |
| Autres:  |   |                          |                                     |

|  |   |                |                 |
|--|---|----------------|-----------------|
|  | <h2 style="color: #0070C0;">HSEC Management System</h2> | Doc. No.       | HSEC_FOR_031037 |
|  |   | Version:       | 1.00            |
|  |   | Prepared by    | Mejdi Abbes     |
|  |   | Reviewed by    | Sékou Camara    |
|  |   | Approved by:   | Sofiane Chebli  |
|  |   | Approval date: | 27/02/2024      |



### Projet Simandou

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

### 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   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Risques biologiques  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Si "OUI", précisez   |                          |                                     |                            |                          |                                     |
| 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"/>            |
| Rayonnement  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Amiante  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| Exposition au 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"/>            |
| Avez-vous manqué le travail au cours de l'année écoulée ? Si oui, pendant combien de temps et pour quelle(s) cause(s) ?  |                          |                                     |                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 ?<br>Si oui, précisez : |                          |                                     |                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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 :  |                          |                                     |                            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**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 :



## Projet Simandou

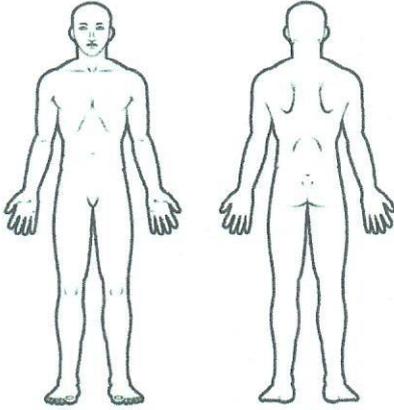
Manipulateurs de denrées alimentaires – Formulaire d'évaluation  
médicale pré-embauche

A remplir par le médecin examinateur

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

|                                  |             |    |      |                         |               |    |            |
|----------------------------------|-------------|----|------|-------------------------|---------------|----|------------|
| Taille                           | 182         | cm | Feet | Weight                  | 82            | kg | Pounds     |
| IMC (indice de masse corporelle) | 24,8        |    |      | Température             | 37,4          | °C | °F         |
| Tension Artérielle               | 123/77 mmHg |    |      | Fréquence respiratoire: | 26 cycles/min |    |            |
| Fréquence cardiaque              | 56 puls/min |    |      | Rythme cardiaque        | Régulier      |    | 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 checked="" type="checkbox"/> | <input 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 type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Appareil génito-urinaire | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |



Commentaires sur les résultats cliniques :

Ancienne cicatrice du dos du pied gauche qui aurait été due à un AVP en 2008.

## 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 B+



## Projet Simandou

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

## 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                                   | <input type="checkbox"/> Normal            | <input checked="" type="checkbox"/> Anormal: |
| Glycémie à jeun                       | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal:            |
| Urée/Créatinine                       | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal:            |
| Bilirubine                            | <input checked="" 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:            |
| CRP                                   | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal:            |
| AgHBs                                 | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal:            |
| Immunoglobuline G spécifique du VHA   | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal:            |
| IDR à la Tuberculine                  | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal:            |
| VIH (avec le consentement du patient) | <input type="checkbox"/> Normal            | <input type="checkbox"/> Anormal:            |

## DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES

|                 |   |                                  |
|-----------------|---|----------------------------------|
| Amphetamines    | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Benzodiazepines | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Cannabinoids    | <input checked="" type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |

|  |                                 |                |                 |
|--|---------------------------------|----------------|-----------------|
|  | <h1>HSEC Management System</h1> | Doc. No.       | HSEC_FOR_031037 |
|  |                                 | Version:       | 1.00            |
|  |                                 | Prepared by    | Mejdi Abbes     |
|  |                                 | Reviewed by    | Sékou Camara    |
|  |                                 | Approved by:   | Sofiane Chebli  |
|  |                                 | Approval date: | 27/02/2024      |



## Projet Simandou

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

|         |                                  |                                  |
|---------|----------------------------------|----------------------------------|
| Opiates | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> Positif |
| Cocaine | <input type="checkbox"/> Négatif | <input type="checkbox"/> 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:**

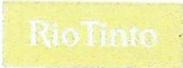
Normal

Anormal:

**EXAMEN DE LA VUE :**

| Vision: | Sans lunettes  |                | Avec lunettes | Vision des couleurs:<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Rouge/vert <input type="checkbox"/> Autre |
|---------|----------------|----------------|---------------|--|
|         | De loin        | Du près        |               |  |
| Droite  | 6/ <i>5/10</i> | 6/ <i>6/10</i> | 6/            | Champs visuels:<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal   |
| Gauche  | 6/ <i>8/10</i> | 6/ <i>6/10</i> | 6/            |  |

**SPIROMÉTRIE : Joindre le rapport complet**

|  |                               |                |                 |
|--|-------------------------------|----------------|-----------------|
|   | <b>HSEC Management System</b> | Doc. No.       | HSEC_FOR_031037 |
|  |                               | Version:       | 1.00            |
|  |                               | Prepared by    | Mejdi Abbes     |
|  |                               | Reviewed by    | Sékou Camara    |
|  |                               | Approved by:   | Sofiane Chebli  |
|  |                               | Approval date: | 27/02/2024      |



## Projet Simandou

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

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

**AUDIOMETRIE : Veuillez joindre l'audiogramme**

|                | Normal                              | Anormal                             | Commentaires |
|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Oreille gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |              |
| Oreille gauche | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |              |
| 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 |
|------------------------------|--------------------------|------|--------------|
| <b>Obligatoire:</b>          |                          |      |              |
| Fièvre jaune                 | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Hépatite A                   | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Hépatite B                   | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Typhoïde                     | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Diptérie                     | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Méningocoque                 | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Tétanos                      | <input type="checkbox"/> |      |              |
| <b>Hautement recommandé:</b> |                          |      |              |
| COVID-19                     | <input type="checkbox"/> |      |              |
| Polio                        | <input type="checkbox"/> |      |              |

|  |  |          |                 |                |
|--|--|----------|-----------------|----------------|
|  | <h2>HSEC Management System</h2>  | Doc. No. | HSEC_FOR_031037 |                |
|  |  | Version: | 1.00            |                |
|  | <h3>Projet Simandou</h3>   |          | Prepared by     | Mejdi Abbes    |
|  | <h2>Manipulateurs de denrées alimentaires – Formulaire d'évaluation médicale pré-embauche</h2> |          | Reviewed by     | Sékou Camara   |
|  |  |          | Approved by:    | Sofiane Chebli |
|  |  |          | Approval date:  | 27/02/2024     |

|       |                          |  |  |
|-------|--------------------------|--|--|
| Rage* | <input type="checkbox"/> |  |  |
|-------|--------------------------|--|--|

*(\*) Hautement recommandé aux candidats susceptibles d'être en contact avec des animaux sauvages dans le cadre de leur travail.*

**Veillez 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.**

**Veillez 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: