

SimFer

# HSEC Management System

EC_FOR_031036
0
di Abbes
cou Camara
iane Chebli
02/2024



and .

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 <u>simfermedicalteam@riotinto.com</u> 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 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 <u>Data Privacy Standard</u> (disponible sur <a href="https://www.riotinto.com/sustainability/policies">https://www.riotinto.com/sustainability/policies</a>), 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 <a href="mailto:simfermedicalteam@riotinto.com">Simfermedicalteam@riotinto.com</a> ou envoyer un courriel à <a href="mailto:askE&C@riotinto.com">askE&C@riotinto.com</a>.

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.



# 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
/ ippioral dato.	



## **Projet Simandou**

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

Nom en caractères d'imprimerie :BAMBA MAYANGA 04/10/2024	Signature:	Date:

#### CONFIDENTIEL

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

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

	DANADA MAN	DAMPA MAYANCA			07/02/1995
Nom et Prénoms	BAINBA INIA	BAMBA MAYANGA			
Nationalité	GUINEENNE				
Compagnie	WELHY-CIS	WELHY-CIS			
Indiquer le poste/la fonction	PLONGEUR				
Adresse du domicile	CANGA				
Téléphone fixe			Téléphone mobile	624771985	
Email					
	Nom	DRAME MOUSSA			
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence	Téléphone	623956820			
Contacter en cas a digence	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 ?

		OUI	NON
1.	Interrogatoire		-
Avez-	ous souffert d'une maladie et/ou avez-vous été en congé maladie au cours des 6 derniers mois ?		
Avez-	ous mal aux oreilles ?		1900
Avez-	ous des difficultés à uriner ?		



# **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
Approvar date.	



# **Projet Simandou**

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

	alimentalies (tous les e mois)		156
37_	vous de la diarrhée ?		7
»m	mentez en détail tous les points marqués OUI.		
Ql	JESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :		X
ve	z-vous été absent du travail ? Si oui, pendant combien de temps et pour quelle(s) cause(s) ?		7
	z-vous été victime d'un accident ou d'une maladie liée au travail au cours des six derniers mois ?		Y
ve Si o	z-vous été victime d'un accident ou d'une maidale nec sa une ui, veuillez préciser :		
_a (	les) cause(s) de la maladie ou de l'accident		P
			Sr
Le '	traitement médical que vous avez suivi et/ou que vous suivez encore.		
So	uffrez-vous toujours des effets d'une blessure ou d'une maladie liée au travail ?		1×
Si	oui, indiquez les symptômes dont vous continuez à souffrir :		
	AN A DATION DU DEMANDEUR		
	ÉCLARATION DU DEMANDEUR : e déclare par la présente que les réponses à toutes les questions sont, à ma conna	issance,	exact
ei	e déclare par la presente que les repenses au que je n'ai dissimulé aucune information concernant mon état de santé passé ou p	resent.	
	om en caractères d'imprimerie :		ite :

### 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.



# HSEC Management System

Doc. No.	HSEC_FOR_031036
Version:	1.00
Prepared by	Mejdi Abbes
Reviewed by	Sékou Camara
Approved by	Sofiane Chebli
Approved by Approval date:	27/02/2024
Approval date.	THE RESERVE OF THE PARTY OF THE



# **Projet Simandou**

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

107	cm Ft	Poids 🗸	1	Kg	Lbs
allie X	<u> 12 0</u>	Température		°C 37	1 °F
MC (indice de masse corporelle)	27/20 m	Fréquence res	spiratoire:	25	) cycles_
ension artérielle	133/70 m	Rythme cardia		Régulier	Y Irrégulier
réquence cardiaque	755pm	1.,,		-	2
	/				_
	Normal	Anormal	(=,=)		$\bigcirc$
<b>′</b> eux	150			$\overline{}$	
Oreille (otoscopie)	100		八个	<b>1</b>	17,01
Nez et gorge	<b>&gt;</b>		[]	(7)	///``\\\
Bouche et dents		₩ Þ	Girl X	The said	full + lust
Appareil respiratoire	<b>\$</b>		<i>aw</i> \ \	l was	···· \
Cardiovasculaire	DZC.		)··( )·	,	1 ( ) (
Abdominal	4		\ / \	1	1/1/
Peau			23 1		77 17
Appareil locomoteur	<b>\Sigma</b>				
Extrémités	7				
Appareil génito-urinaire	<b>P</b>				
Commentaires sur les résultats	cliniques :	nture i	in compl	lita	carrie
par en droit					

## 4- LES ANALYSES DE LABORATOIRE:

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



## 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)

Glucose	Absence	Sang	Abseur
Bilirubine	Absence	Leucocytes	Absence
	Asserle	Protéines	Absence
Cétone	11-	Trotomos	Abseule
Nitrite	Assence		ABOCCO

### Examen copro-parasitologique des selles

Aspect des selles	Noiratre
Parasite	Ascaris
Ovules	