

OR 18/	438		
	Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
gestion	Version :	1.0	
	Réviseur :	Sékou Camara	
	Approuvé par :	Sofiane Chebli	
	Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ:

Simfer S.A., membre du groupe Rio Tinto, s'engage à protéger la santé et la sécurité de notre main-d'œuvre et des visiteurs de nos exploitations en Guinée. L'approbation médicale est obligatoire avant de travailler pour le projet Simandou.

L'évaluation médicale remplie doit être soumise à <u>simfermedicalteam@riotinto.com</u> pour approbation. Une évaluation approuvée est valable 12 mois.

Les données personnelles demandées sur ce formulaire (vos données personnelles) comprennent des informations de santé détaillées vous concernant qui sont nécessaires aux fins suivantes :

- Déterminer si vous êtes apte à travailler sur le projet Simandou;
- Vous prodiguer les soins médicaux appropriés si nécessaire ;
- s'assurer que vous avez reçu tous les vaccins obligatoires ;
- S'assurer que vous avez été informé et qu'on vous a proposé les vaccins vivement recommandés

La raison pour laquelle nous recueillons ces informations de santé tient au fait que travailler sur le projet Simandou pose des risques sanitaires importants. Il s'agit entre autres de l'accès limité aux installations et prestations médicales, des retards lors des évacuations médicales et de diverses maladies infectieuses et à transmission vectorielle.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale Simfer du projet Simandou. Si des anomalies médicales sont constatées sur votre formulaire d'évaluation, l'équipe médicale de Simfer est susceptible de partager vos données personnelles avec un médecin externe engagé pour fournir des prestations à Rio Tinto. Vos données personnelles ne seront partagées avec personne d'autre, sauf s'il faut vous administrer un traitement médical urgent ou vous évacuer en raison d'un problème médical grave. Dans de telles circonstances, il peut s'avérer nécessaire de partager vos données personnelles avec l'équipe sanitaire de Rio Tinto ou autres professionnels de la santé fournissant des prestations à Rio Tinto tels qu'International SOS, ou votre assureur (en ne communiquant systématiquement que le strict nécessaire).

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

En vertu de la <u>norme de confidentialité des données</u> de Rio Tinto (disponible à l'adresse https://www.riotinto.com/sustainability/policies), vous disposez de droits en matière de confidentialité des données, notamment du droit de consultation ou rectification des fiches contenant vos données personnelles, et d'être renseigné sur le traitement des données. Pour exercer les droits de la personne concernée énoncés dans la norme de confidentialité des données, veuillez contacter Simfermedicalteam@riotinto.com ou envoyer un courriel à askE&C@riotinto.com.

Attestation et consentement : je confirme avoir lu le présent avis de confidentialité et consentir au traitement de mes données personnelles (dont mes informations de santé) comme exposé ci-dessus. Je comprends également que le traitement de mes données personnelles (dont mes informations de santé) peut être effectué si nécessaire afin de respecter les obligations légales de Rio Tinto, et que lorsque le traitement de mes données personnelles (dont mes informations de santé) se fonde sur mon consentement, je peux révoquer ce consentement en informant Simfermedicalteam@riotinto.com.

Nom en majuscules : SOUARE MOHAMED

18/04/2024

Signature:

Date :

CONFIDENTIEL



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version:	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Le	formulaire	rempli	doit	être	envoyé	par	courriel	à	l'équipe	médicale	de	Sim
simfe	<u>ermedicaltear</u>	m@riotinte	o.com									

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

Prénoms et nom	SOUARE MO	SOUARE MOHAMED			01/01/1997	
Nationalité	GUINEENNE					
Employeur	CR18	CR18				
Fonction/poste	DUMP TRUC	DUMP TRUCK				
Adresse personnelle	BEYLA	BEYLA				
Téléphone fixe			Téléphone	66071308	8	
Numéro de passeport/CI			Date			
Adresse mail						
	Nom	DORE HAWA				
Contact d'urgence	Téléphones					
	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
Maladi	e cardiaque ou hypertension artérielle		知
Épilep	sie ou convulsions		Þ
Glauco	ome ou cécité		V
Diabèt	e sucré		P
Cance	r/hémopathie		P
Maladi	e héréditaire/anomalies congénitales		De la constant de la
Maladi	es respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, TB, asthme)		夕
2.			
	Antecedents médicaux	Oui	Non
2.1	Système nerveux central	Oui	Non
	Système nerveux central	Oui	Non
Cépha	Antécédents médicaux Système nerveux central Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës Vertiges, étourdissements ou titubements		
Cépha Vertig	Système nerveux central alées/migraines fréquentes ou aiguës		



T	Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
	Version :	1.0	
Γ	Réviseur :	Sékou Camara	
	Approuvé par :	Sofiane Chebli	
T	Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

2.2 Système cardiaques, par ex rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs intoraciques, 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 intérieur Asthme, toux chronique, preumocnoises Tuberculose ou pneumonile 2.4 Appareil respiratoire supérieur Troubles out-inno-laryngologiques Troubles auditifs ou langagiers 2.5 Dematologie et système musculosquelettique Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné) 10 Japareil unisaire et reproducteur Calcular énaux ou infections urinaires Problèmes prostatiques/gynécologiques Etes-vous enceinte? 2.7 Organes abdominaux Brûlures gastriques, indigestion fréquente Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux Saignement rectal Sals Système endocrinlen Diabète sucré Maladie thyroidienne, trouble glandulaire Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie) 2.9 Maladies infectieuse Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie) 2.1 Autre Allergies Hospitalisation pour quelque raison que ce soit Toute intervention ou opération chirurgicale Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme Problèmes oculaires Canoer, excroissance ou tumeur de toute nature Pensez-vous que voire milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ? Pente ou prise de poids inexpiliquée	Troubi	e mental ou psychologique, phobie		De l
thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque Hypertension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral, crampses dans les mollets fors d'un exercice physique 2.3 Appareil respiratoire inférieur Asthme, toux chronique, pneumoconiose Tuberculose ou pneumonie 2.4 Appareil respiratoire supérieur Troubles oter-finio-laryngologiques 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 Calcular rénaux ou infections urinaires Problèmes prostatiques/gynécologiques Étes-vous enceinte? 2.7 Organes abdominaux Briulures gastriques, indigestion fréquente Troubles gastriques, indigestion fréquente Troubles gastriques, fépatiques ou intestinaux Saignement rectal 2.8 Système endocrinien Diabète sucré Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie) 2.9 Maladies infectieuses Hépatite B et C, VIH/IST 2.10 Autres 1.10 Autres 1.10	2.2	Système cardiovasculaire		
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 pneumorie 2.4 Appareil respiratoire supérieur Troubles oto-rhino-lanyngologiques Troubles audiffs ou langagiers Troubles audiffs ou langagiers Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné) Matacile musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale 2.6 Appareil urinaire et reproducteur Calculus fénaux ou infections urinaires Problèmes prostatiques/gynécologiques Éles-vous enceinte ? 2.7 Organes abdominaux Brülures gastriques, indigestion fréquente Troubles gastriques, indigestion fréquente Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux Saignement rectal 2.8 Système endocrinien Diabète sucré Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophille) 2.9 Matadies infectieuses Hépatile B et C, VIH/IST 2.10 Autres Hospitalisation pour quelque raison que ce soit Toute intervention ou opération chirurgicale Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme Problèmes outlaires Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature Penesez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?	Troubl	es cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs		夕
crampes dans les mollets lors d'un exercice physique 2.3 Appareil respiratoire inférieur Asthme, toux chronique, pneumoconiose	thorac	iques, angine de poitrine ou crise cardiaque		
crampes dans les mollets lors d'un exercice physique 2.3 Appareil respiratoire inférieur Titubles court respiratoire supérieur 2.4 Appareil respiratoire supérieur Troubles oto-rhino-laryngologiques Troubles auditifs ou langagiers 2.5 Dermatologie et système musculosquelettique Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné) Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale 2.6 Appareil urinaire et reproducteur Calculs rénaux ou infections urinaires Calculs rénaux ou infections urinaires Troubles gastriques, indigestion fréquente Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux Saignement rectal Diabète sucré Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie) Je Maladies infectieuses Hépatite B et C, VIH/IST Je Matadies infectieuses Hépatite B et C, VIH/IST Je Maladies infectieuses Hépatite B et C, VIH/IST Je Maladies infectieuses Hospitalisation pour quelque raison que ce soit Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme Problèmes ocutaires Cancer, excroissance ou turmeur de toute nature Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé?	Hyperl	tension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral,		16
Asthme, toux chronique, pneumoconiose Tuberculose ou pneumonie 2.4 Appareil respiratoire supérieur Troubles oto-rhino-laryngologiques 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 Ètes-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) Maladies infectieuses Hépatite B et C, VIH/IST 2.9 Maladies infectieuses Hospitalisation pour quelque raison que ce soit Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme Problèmes oculaires Cancer, excroissance ou turneur de toute nature Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé?	cramp	es dans les mollets lors d'un exercice physique		
Tuberculose ou pneumonie	2.3	Appareil respiratoire inférieur		
2.4 Apparell respiratoire supérieur Troubles oto-rhino-laryngologiques 7. Dermatologie et système musculosquelettique Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné) Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale 2.6 Apparell urinaire et reproducteur Calculs rénaux ou infections urinaires Problemes prostatiques/gynécologiques Étes-vous enceinte? 7. Organes abdominaux Brūlures gastriques, indigestion fréquente 2.8 Système endocrinien Diabète sucré Maladie thyroidienne, trouble glandulaire Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie) 2.9 Maladies infectieuses Hiépatite B et C, VIH/IST 2.10 Autres Allergies Hospitalisation pour quelque raison que ce soit Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme Problèmes ousque votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé?	Asthm	e, toux chronique, pneumoconiose		B
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 Problemes prostatiques/gynécologiques Ètes-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 ?	Tuber	culose ou pneumonie		4
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 Calculs rénaux ou infections urinaires Ètes-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?	2.4	Appareil respiratoire supérieur		
2.5 Dermatologie et système musculosquelettique Turneurs 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 Etes-vous enceinte? 2.7 Organes abdominaux Brûlures gastriques, indigestion fréquente Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux Saignement rectal 2.8 Système endocrinien Diabète sucré Maladie thyroidienne, 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 turneur de toute nature Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé?	Troub	es oto-rhino-laryngologiques		D
Tumeurs malignes ou cancer Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné) Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale 2.6 Apparell urinaire et reproducteur Calculs rénaux ou infections urinaires Problèmes prostatiques/gynécologiques Étes-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 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?	Troub	les auditifs ou langagiers		A
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 Ètes-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 Matadies infectieuses Hépatite B et C, VIH/IST 2.10 Autres 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 ?	2.5	Dermatologie et système musculosquelettique		
Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale 2.6 Appareil urinaire et reproducteur Calculs rénaux ou infections urinaires Problèmes prostatiques/gynécologiques Étes-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 turneur de toute nature Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé?	Tume	urs malignes ou cancer		D
2.6 Appareil urinaire et reproducteur Calculs rénaux ou infections urinaires Problèmes prostatiques/gynécologiques Étes-vous enceinte ? 2.7 Organes abdominaux Brûlures gastriques, indigestion fréquente Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux Saignement rectal 2.8 Système endocrinlen 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 turneur de toute nature Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?	Troub	les cutanés (psoriasis, eczéma, acné)		D
Calculs rénaux ou infections urinaires Problèmes prostatiques/gynécologiques Étes-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?	Malad	ie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale		区
Etes-vous enceinte? 2.7 Organes abdominaux Brûlures gastriques, indigestion fréquente Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux Saignement rectal 2.8 Système endocrinien Diabète sucré Maladie thyroidienne, 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?	2.6	Appareil urinaire et reproducteur		
Etes-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?	Calcul	s rénaux ou infections urinaires		
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?	Problè	emes prostatiques/gynécologiques		Sep.
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?	Êtes-v	vous enceinte ?		4
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?	2.7	Organes abdominaux		
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?	Brûlur	es gastriques, indigestion fréquente		R
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?	Troub	les gastriques, hépatiques ou intestinaux		
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?	Saign	ement rectal		Ø
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?	2.8	Système endocrinien		
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?	Diabè	te sucré		
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?	Malad	lie thyroïdienne, trouble glandulaire		7
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?	Hémo	pathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie)		4
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?	2.9	Maladies infectieuses		
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?	Hépat	tite B et C, VIH/IST		Ø
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?	2.10	Autres		De la company
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?	Allerg	ies		P
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?	Hospi	talisation pour quelque raison que ce soit		
Problèmes oculaires Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé?	Toute	intervention ou opération chirurgicale		Ø
Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé?	Toute	maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme	NO.	
Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?	Proble	èmes oculaires		1/2
	Canc	er, excroissance ou tumeur de toute nature		Ø
	Pense	ez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?		اعِا
	Perte	ou prise de poids inexpliquée		4



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024
Version:	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2023



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux

Pré	cisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.	onau	IX
3.	Histoire sociale		
Alco		Oui	Non
Drog	gues récréatives		1/2
	cice, sport et loisirs		P
-	agisme		Ø
	Jamais		اعرا
	Ex-fumeur		T G
Alco	ol : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?		4
Com	bien en consommez-vous ?		
	bien de cigarettes fumez-vous par jour ?		
	type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? mentaires :		
Com	mentaires :		
4	Bilan psychologique		
Vous	a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail	Oui	Non
quelc	onque ?		19
Avez-	vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements,		
vertige	es, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ?		9
Avez-	vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre		
profes	ssionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos		5
fonctio	ons mentales ou votre état émotionnel ?		
Êtes-v	rous acrophobe ou claustrophobe ?		
	connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité		12
les tâc	ches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ?		S.
Avez-	ous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en		
hauteu	ir ou dans des espaces clos ?		De
Avez-	rous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ?		
	sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ?		<u> </u>
	yous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de		
mauva	is esprits?		₩ P
vous c	onsidérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ?		
Vous s	entez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ?		Image: Control of the
√ous s	entez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?		TA I
tes-vo	ous connu comme querelleur ?		4
ous s	entez-vous souvent agité ou sur les nerfs ?		1
		Second .	4



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version :	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Foussez-vous habituellement dès le matin? Foussez-vous habituellement des remontées de mucosités 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? Stes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une dégrère pente en marchant? Fotre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une semaine? Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques? Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques? 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. Traitement médicamenteux Feuillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies Feuillez indiquer si vous avez des allergies: Rédicaments: Produit chimique:	Précis	sez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.				
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 gêné par un essouffiement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une degrère par un essouffiement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une degrère pente en marchant? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une semaine? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une semaine? 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. Traitement médicamenteux Feuillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies Feuillez indiquer si vous avez des allergies : Médicaments : Produit chimique :						
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 gêné par un essouffiement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une degrère par un essouffiement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une degrère pente en marchant? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une sermaine? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une sermaine? Au cours dejà aubi une blessure ou opération affectant votre poitrine? Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques? 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. Traitement médicamenteux Feuillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies Feuillez indiquer si vous avez des allergies : Rédicaments : Produit chimique :						
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 gêné par un essouffiement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une degrère par un essouffiement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une degrère pente en marchant? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une semaine? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une semaine? 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. Traitement médicamenteux Feuillez Indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies Feuillez Indiquer si vous avez des allergies: Adiciaments: Produit chimique :	5.	Respiration/tuberculose	Qui	Non		
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 politrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ? Sentez-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une degrère pente en marchant ? Avez-vous déjè en marchant ? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une semaine ? Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ? Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ? Avez-vous déjà eu propendant tous les points où vous avez coché Oui. Traitement médicamenteux (reuillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies (reuillez indiquer si vous avez des allergies : Addicaments : Produit chimique :	Touss					
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 ? Etes-vous géné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une égère pente en marchant ? Fotre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ? Fotre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ? Fotre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter ? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une semaine ? 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. Allergies Foulliez Indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies Foulilez Indiquer si vous avez des allergies : Rédicaments : Produit chimique :				1		
Avez-vous déjà craché du sang? Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile? Sentez-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une égère pente en marchant? //otre essoufflement empire-t-il un jour quelconque? //otre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions 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? Avez-vous déjà eu ne tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu les problèmes cardiaques? Avez-vous déjà eu ne tuberculose points où vous avez coché Oui.						
Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile? Les-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une égère pente en marchant? //otre essoufflement empire-t-il un jour quelconque? //otre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions 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. Allergies // Allergies						
Etes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une dégère pente en marchant? //otre essoufflement empire-t-il un jour quelconque? //otre politrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter? //ou cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions habituelles pendant une semaine? //ouez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine? //ouez-vous déjà eu des problèmes cardiaques? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? //ouez-vous déjà eu bronchite, pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? /	Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?					
égère pente en marchant? //dire essoufflement empire-t-il un jour quelconque? //dire politrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter? //du cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos onctions 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. // Allergies // Allergies // Allergies // Allergies // Allergies // Allergies // Ceuillez indiquer si vous avez des allergies : // Allergies	Êtes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une					
Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos conctions 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. Traitement médicamenteux Yeuillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies Yeuillez indiquer si vous avez des allergies : Allergies Produit chimique :	légère pente en marchant ?					
Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter? Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos conctions 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. Traitement médicamenteux Veuillez Indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies Foulillez Indiquer si vous avez des allergies : Rédicaments : Produit chimique :	Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?					
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? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose points où vous avez coché Oui. Avez-vous déjà eu une tuberculose points où vous avez coché Oui. Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, el l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, el l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie res	Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter ?					
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? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire? Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre mala	Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos					
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. Traitement médicamenteux Veuillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies Veuillez indiquer si vous avez des allergies : Allergies Veuillez indiquer si vous avez des allergies : Addicaments : Produit chimique :						
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. Traitement médicamenteux //euillez Indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. // Allergies //euillez indiquer si vous avez des allergies :						
Allergies //euillez indiquer si vous avez des allergies :	Control of the state of the sta					
Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui. Traitement médicamenteux /euillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies /euillez indiquer si vous avez des allergies : Nourriture : Médicaments : Produit chimique :						
Traitement médicamenteux /euillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. Allergies /euillez indiquer si vous avez des allergies :		3-50 W		Ø		
/euillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. / Allergies /euillez indiquer si vous avez des allergies : //ourriture : //édicaments : // Produit chimique :	Precis	ez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.				
/euillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. / Allergies /euillez indiquer si vous avez des allergies : //ourriture : //édicaments : // Produit chimique :						
/euillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. / Allergies /euillez indiquer si vous avez des allergies : //ourriture : //édicaments : // Produit chimique :						
/euillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement. / Allergies /euillez indiquer si vous avez des allergies : //ourriture : //édicaments : // Produit chimique :	6	Traitement médicamentaux				
Allergies /euillez indiquer si vous avez des allergies : Nourriture : Nédicaments : Produit chimique :						
/euillez indiquer si vous avez des allergies : Nourriture : Nédicaments : Produit chimique :	veum	22 indiquer le type et les doses de tous les medicaments que vous prenez actuellement.				
/euillez indiquer si vous avez des allergies : Nourriture : Nédicaments : Produit chimique :						
/euillez indiquer si vous avez des allergies : Nourriture : Nédicaments : Produit chimique :						
/euillez indiquer si vous avez des allergies : Nourriture : Nédicaments : Produit chimique :	7	Alloraige	***************************************			
Nourriture : Médicaments : Produit chimique :	STA					
Médicaments : Produit chimique :						
Produit chimique :						
AUTICE:	Autre					
	Tract.					

3 - QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :

Avez-vous occupé un poste où v	ous avez été exposé	à:			
Agent d'exposition			Date/durée de l'exposition	Protection utilisée	on
	Oui	Non		Oui	Non



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version:	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	_
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré ample:

Produits chimiques	Inbini Ivation	aux
Si Qui 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 combien de temps et pour quels motifs ? Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie professionnelle ou une demande d'indentant qu'employé ? Si oui, indiquez :	PA-September	[Ap
i di	lemnisation	P
Les causes de la maladie ou blessure		
Le traitement médical que vous avez suivi et/ou continuez de suivre		
Continues very description		
	Oui	Non
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir :	Oui	Non 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
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? Conduite d'engins de terrassement lourds		
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? Conduite d'engins de terrassement lourds Soulèvement/flexion répétitifs	Oui	Non
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? Conduite d'engins de terrassement lourds Soulèvement/flexion répétitifs Travail en surface sur des tâches physiques légères	Oui	Non
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? Conduite d'engins de terrassement lourds Soulèvement/flexion répétitifs Travail en surface sur des tâches physiques légères Posture debout prolongée	Oui	Non 🗸
Continuez-vous de souffrir des effets d'une blessure ou maladie professionnelle ? Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? 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	Oui	Non
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? 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	Oui	Non D
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? 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	Oui	Non P
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? 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	Oui	Non D
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? 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	Oui	Non Y
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? 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	Oui	Non D D D D D D D D D D D D D D D D D D D
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir : La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ? 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	Oui	Non D D D D D D D D D D D D D D D D D D D



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version:	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

DÉCLARATION DU DEMANDEUR:

Je declare par la présente qu'è ma conneissant l	
at a processe qu'a ma connaissance, les reponses à toutes les questions cont	
Je declare par la présente qu'à ma connaissance, les réponses à toutes les questions sont cor et n'avoir caché aucune information concernant ma conté page à toutes les questions sont cor	rectes,
et n'avoir caché aucune information concernant ma santé passée ou présente.	

N	lom	en	maj	uscu	les :	
---	-----	----	-----	------	-------	--

Signature :

Date:



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024			
Version:	1.0			
Réviseur :	Sékou Camara			
Approuvé par :	Sofiane Chebli			
Date d'approbation :	12/11/2023			



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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 176	Cm	Pieds	Poids	00		1/-		T
IMC (indice de mas	30,7		Tempéra	ature 9	2 (()	Kg °C		Lb
) / [itare	2612	-		°F
V		Normal	Anormal				-	`
Yeux			D		Sil		4	ł
Oreilles, nez et gorge		D			(1)	(
Dents et bouche		8			11/	1.1	1	
Respiration		D			111	111]/[: '\\\
Cardiovasculaire		Ø			Ent	Euis	Ew	lung
Abdomen		豆			1 /			1
Musculosquelettique		边			111		11) \
Extrémités		每			1/\1		1/	\
Génito-urinaire		Na la			۷ (۱	7	23	77
Abdomesa pen obose								
Pression artérielle	12	4/77	Fréquence	e respiratoi	re		28	cycles
Fréquence cardiaque	1	75 Bom	Rythme ca	ardiaque		Régulie		firegulier [

5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

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

GROUPE SANGUIN

Rh A+

Tester si inconnu

ANALYSE URINAIRE:

Glucose	Neant	Sang	Monst
Bilirubine	Meant	Leucocytes	Meant



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2023



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Weard!		Protéine	thouse	
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 Normal	☐ Anormal		
Gamma GT	Normal	☐ Anormal		
DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGU	JES :			
Amphétamines			☐ Négatif ☐ Positif	
Benzodiazépines			☐ Négatif ☐ Positif	
Cannabinoïdes			☐ Négatif ☐ Positif	
Opiacés			☐ Négatif ☐ Positif	
Cocaïne			☐ Négatif ☐ Positif	
ECG AU REPOS /euillez fixer le câble ECG.				

Constatations:

☐ Normal ☐ Anormal :

RioTinto	SimFer
----------	--------

ECG À L'EFFORT (si cliniquement indiqué)

Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024			
Version :	1.0			
Réviseur :	Sékou Camara			
Approuvé par :	Sofiane Chebli			
Date d'approbation :	12/11/2023			

1	Constatations	
2	☐ Normal	
	Anormal:	

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

Veuillez joindre le cliché radiographique

EXAMEN DE LA VISION:

Vision :	Sans lunette	es	Avec lunettes	Vision chroma	tique :	
	Éloignée	Rapproché e		Normal	Rouge/vert	☐ Autre
Droit	20/10	6/20/10	6/	Champs visue	ls:	
Gauche	40/10	610/10	6/	Mormal Normal	☐ Anormal	

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	3,361	3,34L	99,400
Prévu	4,511	3,80L	84,304
% prévu	74,50%	87, 894	117,974
Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %			
Commentez en détail toutes les anomalies			

AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme

RioTinto	Sim	Fer	Systèn	ne de gestion SSEC	Nº du doc. : Version : Réviseur : Approuvé par :	1.0 Sékou Camara Sofiane Chebli
		Normal	Anormal	Commentaires	Date d'approbation :	12/11/2023
Oreille gau	che	Ø				
Oreille droi		20				40 00 00



Nº du doc. :	HSEC-FOR_031024	
Version:	1.0	
Réviseur :	Sékou Camara	
Approuvé par :	Sofiane Chebli	
Date d'approbation :	12/11/2023	



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

VACCINATION:

Veuillez 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.

Obligatoire : Fièvre jaune Personnel de cuisine Hépatite A Hépatite B Typhoïde Méningite Diphtérie Tétanos Fortement recommandé : Covid 19 Hépatite A	
Personnel de cuisine Hépatite A Hépatite B Typhoïde Méningite Diphtérie Tétanos Fortement recommandé: Covid 19	
Hépatite A	
Hépatite B	
Typhoïde Méningite Diphtérie Tétanos Fortement recommandé: Covid 19	
Méningite Diphtérie Tétanos Fortement recommandé: Covid 19	
Diphtérie Tétanos Fortement recommandé : Covid 19	
Tétanos Fortement recommandé : Covid 19	
Tétanos Fortement recommandé : Covid 19	
Covid 19	
Hépatite B	
Tétanos	
Polio	
Typhoïde	
Méningococcie	
Diphtérie	
Rage*	
(*) Fortement recommandé aux demandeurs qui pourraient être en contact avec la faune de	
	ans le cadre de leur trevail
Déclaration à signer par l'employé(e) s'il/si elle refuse un vaccin.	ans le cadre de leur travail.