

MV/CR18/41



Système de gestion HSEC

N° du doc. :	HSEC_FOR_031029
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	12/11/2023



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Chaque année, tous les employés doivent remplir ce formulaire avec un médecin du travail recommandé par Simfer. Le formulaire médical rempli doit être envoyé à simfermedicalteam@riotinto.com pour approbation.

Les données personnelles demandées sur ce formulaire (vos données personnelles) comprennent des informations détaillées sur votre état de santé et sont nécessaires pour :

- Déterminer si votre travail a un impact sur votre santé.
- Vous prodiguer des soins médicaux appropriés si nécessaire.
- Déterminer si votre santé vous permet d'effectuer votre travail sagement et en toute sécurité.
- S'assurer que vos vaccins sont à jour.

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 de 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 [norme de confidentialité des données](https://www.riotinto.com/sustainability/policies) 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 droits de la personne concernée énoncés dans la norme de confidentialité des données, veuillez contacter simfermedicalteam@riotinto.com ou envoyer un courriel à demande&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 : KEITA OUMAR 04/03/2024	Signature :	Date
---	-------------	------

CONFIDENTIEL

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



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale annuelle Nationaux

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par l'employé :

Prénoms et nom	KEITA OUMAR		Date de	07/01/1996
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	CR18			
Fonction/poste	EXCAVATOR			
Adresse personnelle	CAMP2			
Téléphone fixe		Téléphone	621979953	
Numéro de passeport/CI		Date		
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	KEITA SIDIKI MAWA		
	Téléphones	620343481		
	Adresse			

2 - QUESTIONNAIRE SANITAIRE :

À remplir par l'employé 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 ?

2.	Antécédents médicaux	Oui	Non
2.1	Système nerveux central		
	Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Vertiges, étourdissements ou titubements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Épilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Trouble mental ou psychologique, phobie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.2	Système cardiovasculaire		
	Troubles cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Hypertension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral, crampes dans les mollets lors d'un exercice physique	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.3	Appareil respiratoire inférieur		
	Asthme, toux chronique, pneumoconiose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Tuberculose ou pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4	Appareil respiratoire supérieur		
	Troubles oto-rhino-laryngologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Troubles auditifs ou langagiers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5	Dermatologie et système musculosquelettique		
	Tumeurs malignes ou cancer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale

2.6 Appareil urinaire et reproducteur

Calculs rénaux ou infections urinaires

Problèmes prostatiques/gynécologiques

Êtes-vous enceinte ?

2.7 Organes abdominaux

Brûlures gastriques, indigestion fréquente

Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux

Saignement rectal

2.8 Système endocrinien

Diabète sucré

Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire

Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie)

2.9 Maladies infectieuses

Hépatite B et C, VIH/IST

2.10 Autre

Allergies

Hospitalisation pour quelque raison que ce soit

Toute intervention ou opération chirurgicale

Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme

Problèmes oculaires

Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature

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

Perte ou prise de poids inexplicquée

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

3. Histoire sociale

Alcool

Drogues récréatives

Exercice, sport et loisirs

Tabagisme

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

Combien en consommez-vous ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Week-end

10 meches/j



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

Commentaires : [REDACTED]

4. Respiration/tuberculose

	Oui	Non
Toussez-vous habituellement dès le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Toussez-vous habituellement en journée ou la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous habituellement des remontées de mucosités en journée ou la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà craché du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Êtes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une légère pente en marchant ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuintier ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos fonctions habituelles pendant une semaine ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant 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 eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Pécisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui. [REDACTED]

5 Traitement médicamenteux

Veillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement.

[REDACTED]

6 Allergies

Veillez indiquer si vous avez des allergies :

Nourriture : [REDACTED]

Médicaments : [REDACTED]

Produit chimique : [REDACTED]

Autre : [REDACTED]



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale annuelle Nationaux

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ :

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

Nom en majuscules :

Signature :

Date :



Projet Simandou

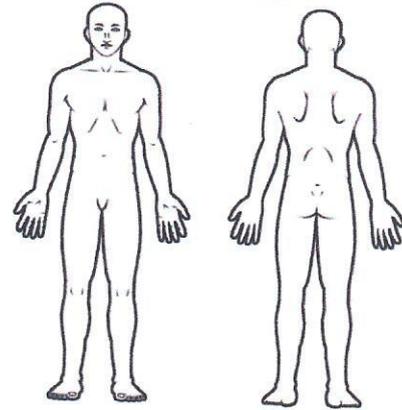
Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

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	Cm 185	Pieds	Poids	Kg 85	Lb
IMC (indice de mas	24,8		Température 37,5	°C	°F

	Normal	Anormal
Yeux	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreilles, nez et gorge	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dents et bouche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiration	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovasculaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Musculosquelettique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrémités	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Génito-urinaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Commentaires sur les constats cliniques : **Abdomen sensible au niveau du flanc droit.**

Pression artérielle	137/88 mmHg	Fréquence respiratoire	22 Cycles
Fréquence cardiaque	81 bpm	Rythme cardiaque	Régulier <input checked="" type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/>

5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

Veuillez joindre les résultats de tout test s'ils ne figurent pas dans ce formulaire.

ANALYSE URINAIRE :

Glucose	Neant	Sang	Neant
Bilirubine	Neant	Leucocytes	Neant
Cétone	Neant	Protéine	Neant

ANALYSES SANGUINES :



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale annuelle Nationaux

Numération et formule sanguines	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal <i>Hématocrite</i>
Glycémie à jeun	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Urée	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Créatinine	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Sérologie Hépatite A (personnel de	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Sérologie de l'hépatite B	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Selles (personnel de cuisine seulement)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
IDR Tuberculine (personne de cuisine)		
Cholestérol (total, HDL, LDL)	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal <i>HDL</i>
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

DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

Amphétamines	<input checked="" type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif
Benzodiazépines	<input checked="" type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif
Cannabinoïdes	<input checked="" type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif
Opiacés	<input checked="" type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif
Cocaïne	<input checked="" type="checkbox"/> Négatif	<input type="checkbox"/> Positif

RADIOGRAPHIE THORACIQUE : veuillez joindre le cliché radiographique (tous les 2 ans)

Veuillez joindre le cliché radiographique

Constatations :

- Normal
- Anormal :

EXAMEN DE LA VISION :

Vision :	Sans lunettes		Avec lunettes	Vision chromatique :
	Éloignée	Rapproché e		
Droit	6/ <i>07/20</i>	6/ <i>20/20</i>	6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Rouge/vert <input type="checkbox"/> Autre
Gauche	6/ <i>07/20</i>	6/ <i>07/20</i>	6/	Champs visuels : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale annuelle Nationaux

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet (tous les 2 ans)

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	3,85	3,68	95,58
Prévu	5,58	4,65	82,90
% prévu	69,00	79,	116,28

Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %

Commentez en détail toutes les anomalies

AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme (tous les 2 ans)

	Normal	Anormal	Commentaires
Oreille gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oreille droite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

IPA : %

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.
Veuillez à souligner l'importance des vaccins et à indiquer dans la section des commentaires si le demandeur a refusé l'un des vaccins.

Vaccin	Immunisé	Date	Commentaires
Obligatoire :			
Fièvre jaune	<input checked="" type="checkbox"/>		
Personnel de cuisine			
Hépatite A	<input type="checkbox"/>		
Hépatite B	<input checked="" type="checkbox"/>		
Typhoïde	<input checked="" type="checkbox"/>		
Méningite	<input checked="" type="checkbox"/>		
Diptérie	<input type="checkbox"/>		
Tétanos	<input type="checkbox"/>		
Fortement recommandé :			
Covid 19	<input type="checkbox"/>		
Hépatite A	<input type="checkbox"/>		



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale annuelle Nationaux

Fortement recommandé :			
Covid 19	<input type="checkbox"/>		
Hépatite A	<input type="checkbox"/>		
Hépatite B	<input type="checkbox"/>		
Tétanos	<input type="checkbox"/>		
Polio	<input type="checkbox"/>		
Typhoïde	<input type="checkbox"/>		
Méningococcie	<input type="checkbox"/>		
Diphthérie	<input type="checkbox"/>		
Rage*	<input type="checkbox"/>		

(*) Fortement recommandé aux employés qui pourraient être en contact avec la faune dans le cadre de leur travail.

Déclaration à signer par l'employé(e) s'il/si elle refuse un vaccin.
« Je déclare par la présente avoir refusé l'administration des vaccins susmentionnés, ce après avoir pris connaissance de leur recommandation et eu égard au profil de risque épidémiologique élevé de la Guinée. Ma décision concernant le vaccin a été prise en toute connaissance de cause. »

Nom en majuscules : _____ Signature : _____ Date : _____