MV/CR18/1807

| | | | |
|---|---|---|---|
| RioTinto SimFer | Système de gestion SSEC | 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

**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 simfermedicalteam@riotinto.com 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 norme de confidentialité des données 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 : DOUMBOUYA MORY<br>12/09/2024 | Signature : | Date : |

CONFIDENTIEL


Tous droits réservés © Rio Tinto

# Projet Simandou

# Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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

## 1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Prénoms et nom | DOUMBOUYA MORY | Date de | 01/01/1988 |
| Nationalité | GUINEENE | | |
| Employeur | CR18 | | |
| Fonction/poste | MANŒUVRE | | |
| Adresse personnelle | CAMP3 | | |
| Téléphone fixe | | Téléphone | 622831375 |
| Numéro de passeport/CI | XXXX | Date | XXXX |
| Adresse mail | | | |
| Contact d'urgence | Nom | DOUMBOUYA MORY | |
| | Téléphones | 628384829 | |
| | Adresse | | |

## 2 - QUESTIONNAIRE SANITAIRE :

**À remplir par le demandeur avant l'examen médical. Répondez sincèrement à toutes les questions. Si vous répondez Oui, précisez en détail pour chaque cas dans le champ des commentaires ci-dessous.**

***Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement de l'une des conditions suivantes ?***

| 1. | **Antécédents familiaux (parents)** | Oui | Non |
|---|---|---|---|
| | Maladie cardiaque ou hypertension artérielle | ☐ | ☒ |
| | Épilepsie ou convulsions | ☐ | ☒ |
| | Glaucome ou cécité | ☐ | ☒ |
| | Diabète sucré | ☐ | ☒ |
| | Cancer/hémopathie | ☐ | ☒ |
| | Maladie héréditaire/anomalies congénitales | ☐ | ☒ |
| | Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, TB, asthme) | ☐ | ☒ |
| | **Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.** | | |

| 2. | **Antécédents médicaux** | Oui | Non |
|---|---|---|---|
| 2.1 | **Système nerveux central** | | |
| | Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës | ☐ | ☒ |
| | Vertiges, étourdissements ou titubements | ☐ | ☒ |
| | Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement | ☐ | ☒ |
| | Épilepsie ou convulsions | ☐ | ☒ |



Tous droits réservés © Rio Tinto

| | | | |
|---|---|---|---|
| Trouble mental ou psychologique, phobie | | ☐ | ☒ |
| **2.2** | **Système cardiovasculaire** | | |
| Troubles cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque | | ☐ | ☒ |
| Hypertension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral, crampes dans les mollets lors d'un exercice physique | | ☐ | ☒ |
| **2.3** | **Appareil respiratoire inférieur** | | |
| Asthme, toux chronique, pneumoconiose | | ☐ | ☒ |
| Tuberculose ou pneumonie | | ☐ | ☒ |
| **2.4** | **Appareil respiratoire supérieur** | | |
| Troubles oto-rhino-laryngologiques | | ☐ | ☒ |
| Troubles auditifs ou langagiers | | ☐ | ☒ |
| **2.5** | **Dermatologie et système musculosquelettique** | | |
| Tumeurs malignes ou cancer | | ☐ | ☒ |
| Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné) | | ☐ | ☒ |
| Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale | | ☐ | ☒ |
| **2.6** | **Appareil urinaire et reproducteur** | | |
| Calculs rénaux ou infections urinaires | | ☐ | ☒ |
| Problèmes prostatiques/gynécologiques | | ☐ | ☒ |
| Êtes-vous enceinte ? | | ☐ | ☐ |
| **2.7** | **Organes abdominaux** | | |
| Brûlures gastriques, indigestion fréquente | | ☐ | ☒ |
| Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux | | ☐ | ☒ |
| Saignement rectal | | ☐ | ☒ |
| **2.8** | **Système endocrinien** | | |
| Diabète sucré | | ☐ | ☒ |
| Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire | | ☐ | ☒ |
| Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie) | | ☐ | ☒ |
| **2.9** | **Maladies infectieuses** | | |
| Hépatite B et C, VIH/IST | | ☐ | ☒ |
| **2.10** | **Autres** | | |
| Allergies | | ☐ | ☒ |
| Hospitalisation pour quelque raison que ce soit | | ☐ | ☒ |
| Toute intervention ou opération chirurgicale | | ☐ | ☒ |
| Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme | | ☐ | ☒ |
| Problèmes oculaires | | ☐ | ☒ |
| Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature | | ☐ | ☒ |
| Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ? | | ☐ | ☒ |
| Perte ou prise de poids inexpliquée | | ☐ | ☒ |


Tous droits réservés © Rio Tinto

**Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.**

| 3. Histoire sociale | | Oui | Non |
|---|---|---|---|
| Alcool | | ☐ | ☒ |
| Drogues récréatives | | ☐ | ☒ |
| Exercice, sport et loisirs | | ☐ | ☒ |
| Tabagisme | Jamais | ☐ | ☒ |
| | Ex-fumeur | ☐ | ☒ |
| | Fumeur | ☐ | ☒ |

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

Combien en consommez-vous ?

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

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

**Commentaires :**

| 4 Bilan psychologique | Oui | Non |
|---|---|---|
| Vous a-t-on déjà conseillé de ne pas travailler en hauteur, par quarts, de nuit ou de ne pas faire un travail quelconque ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, vertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous déjà été dirigé vers un spécialiste, en particulier un psychologue ou psychiatre ou tout autre professionnel de la santé pour une évaluation médicale, une opinion ou un traitement concernant vos fonctions mentales ou votre état émotionnel ? | ☐ | ☒ |
| Êtes-vous acrophobe ou claustrophobe ? | ☐ | ☒ |
| Vous connaissez-vous d'autres problèmes qui pourraient nuire à votre capacité d'exécuter en toute sécurité les tâches prévues en travaillant en hauteur ou dans des espaces clos ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en hauteur ou dans des espaces clos ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ? | ☐ | ☒ |
| Vous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de mauvais esprits ? | ☐ | ☒ |
| Vous considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ? | ☐ | ☒ |
| Vous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ? | ☐ | ☒ |
| Vous sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ? | ☐ | ☒ |
| Êtes-vous connu comme querelleur ? | ☐ | ☒ |
| Vous sentez-vous souvent agité ou sur les nerfs ? | ☐ | ☒ |


Tous droits réservés © Rio Tinto

**Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.**

| 5. Respiration/tuberculose | Oui | Non |
|---|---|---|
| Toussez-vous habituellement dès le matin ? | ☐ | ☒ |
| Toussez-vous habituellement en journée ou la nuit ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous habituellement des remontées de mucosités en journée ou la nuit ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous déjà craché du sang ? | ☐ | ☒ |
| Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ? | ☐ | ☒ |
| Êtes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une légère pente en marchant ? | ☐ | ☒ |
| Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ? | ☐ | ☒ |
| Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuinter ? | ☐ | ☒ |
| Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie de poitrine qui vous a éloigné de vos fonctions habituelles pendant une semaine ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ? | ☐ | ☒ |
| Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ? | ☐ | ☒ |

**Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.**

**6 Traitement médicamenteux**

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

**7 Allergies**

**Veuillez indiquer si vous avez des allergies :**

Nourriture :

Médicaments :

Produit chimique :

Autre :

## 3 - QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :

**Avez-vous occupé un poste où vous avez été exposé à :**

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


Tous droits réservés © Rio Tinto

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Produits chimiques | ☐ | ☒ | | | ☐ | ☐ |
| Si oui, précisez | ☐ | ☒ | | | ☐ | ☐ |
| Bruit | ☐ | ☒ | | | ☐ | ☐ |
| Vibrations | ☐ | ☒ | | | ☐ | ☐ |
| Radioactivité | ☐ | ☒ | | | ☐ | ☐ |
| Poussière d'amiante | ☐ | ☒ | | | ☐ | ☐ |
| Plomb | ☐ | ☒ | | | ☐ | ☐ |
| Autres poussières (silice, charbon, or, diamant) | ☐ | ☒ | | | ☐ | ☐ |
| **Vous êtes-vous absenté du travail au cours de l'année dernière ? Dans l'affirmative, pour combien de temps et pour quels motifs ?** | | | | | ☐ | ☒ |
| **Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie professionnelle ou une demande d'indemnisation en tant qu'employé ? Si oui, indiquez :** | | | | | ☐ | ☒ |
| **Les causes de la maladie ou blessure** | | | | | | |
| **Le traitement médical que vous avez suivi et/ou continuez de suivre** | | | | | | |
| **Continuez-vous de souffrir des effets d'une blessure ou maladie professionnelle ?** | | | | | ☐ Oui | ☒ Non |
| **Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir :** | | | | | | |

| **La nature de votre travail implique-t-elle ce qui suit ?** | **Oui** | **Non** |
|---|---|---|
| Conduite d'engins de terrassement lourds | ☐ | ☒ |
| Soulèvement/flexion répétitifs | ☒ | ☐ |
| Travail en surface sur des tâches physiques légères | ☒ | ☐ |
| Posture debout prolongée | ☒ | ☐ |
| Conduite d'un véhicule de passagers | ☐ | ☒ |
| Travail de bureau | ☐ | ☒ |
| Espace confiné | ☐ | ☒ |
| Travail en hauteur | ☐ | ☒ |
| Contact avec la faune | ☐ | ☒ |
| Travailler en mer | ☐ | ☒ |
| Travail souterrain | ☐ | ☒ |
| Travail à haute température | ☐ | ☒ |


Toue droits réservée © Rio Tinto

# Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR :**

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

Nom en majuscules :

Signature :

Date :


Tous droits réservés © Rio Tinto

# Projet Simandou

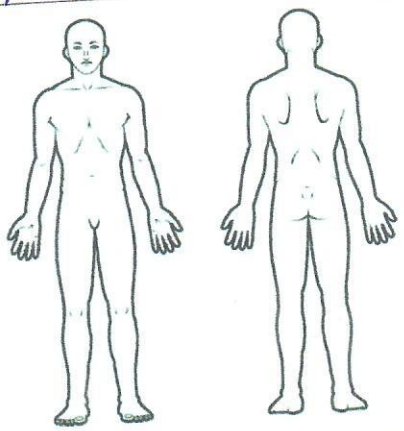
# Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

## 4 - EXAMEN MÉDICAL

**À remplir par le médecin examinateur. Un examen minutieux de tous les systèmes est demandé, et <u>toutes les rubriques doivent être remplies.</u>**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Taille 160 | Cm | Pieds | Poids 71 | Kg | Lb |
| IMC (indice de mas 27,7 | | | Température 36,4 | °C | °F |

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



**Commentaires sur les constats cliniques :**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Pression artérielle | 118/73 mmHg | Fréquence respiratoire | 17 cycles/min | |
| Fréquence cardiaque | 85 puls/min | Rythme cardiaque | Régulier ☒ | Irrégulier ☐ |

## 5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

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

**GROUPE SANGUIN**
Tester si inconnu

Rh B+

**ANALYSE URINAIRE :**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glucose | Absence | Sang | Absence |
| Bilirubine | Absence | Leucocytes | Absence |



Tous droits réservés © Rio Tinto

# Projet Simandou

## Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cétone | Absence | Protéine | Absence |

### ANALYSES SANGUINES :

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

### DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

| | | |
|---|---|---|
| **Amphétamines** | ☒ Négatif | ☐ Positif |
| **Benzodiazépines** | ☒ Négatif | ☐ Positif |
| **Cannabinoïdes** | ☒ Négatif | ☐ Positif |
| **Opiacés** | ☒ Négatif | ☐ Positif |
| **Cocaïne** | ☒ Négatif | ☐ Positif |

### ECG AU REPOS

Veuillez fixer le câble ECG.

**Constatations :**

☐ Normal

☐ Anormal :


Tous droits réservés © Rio Tinto

**ECG À L'EFFORT (si cliniquement indiqué)**

**Constatations :**

☐ Normal

☐ Anormal :

**RADIOGRAPHIE THORACIQUE**

Veuillez joindre le cliché radiographique

**EXAMEN DE LA VISION :**

| Vision : | Sans lunettes | | Avec lunettes |
|---|---|---|---|
| | Éloignée | Rapprochée | |
| Droit | 6/ 6/10 | 6/ 6/10 | 6/ |
| Gauche | 6/ 8/10 | 6/ 7/10 | 6/ |

Vision chromatique :

☑ Normal ☒ Rouge/vert ☐ Autre

Champs visuels :

☒ Normal ☐ Anormal

**SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet**

| | CVF | VEMS 1 | VEMS % |
|---|---|---|---|
| Mesuré | | | |
| Prévu | | | |
| % prévu | | | |

**Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %**

**Commentez en détail toutes les anomalies**

**AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme**


Tous droits réservés © Rio Tinto

| | Normal | Anormal | Commentaires |
|---|---|---|---|
| Oreille gauche | ☒ | ☐ | |
| Oreille droite | ☒ | ☐ | |

IPA : %


Tous droits réservés © Rio Tinto

**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.

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

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

Déclaration à signer par l'employé(e) s'il/si elle refuse un vaccin.

***« Je déclare par la présente avoir refusé l'administration des vaccins susmentionnés, ce après avoir pris connaissance de leur recommandation et eu égard au profil de risque épidémiologique élevé de la Guinée. Ma décision concernant le vaccin a été prise en toute connaissance de cause. »***

Nom en majuscules : Signature : Date :


Toue droite réservés © Rio Tinto