

TN/CR18 / 970

 SimFer	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	1.0
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux	Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

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](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 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 : SAGNO KABINE 15/05/2024	Signature : 	Date :
--	--	--------

CONFIDENTIEL

 	<h2 style="color: blue;">Système de gestion SSEC</h2>	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	1.0
 <h3 style="color: blue;">Projet Simandou</h3> <h4 style="color: blue;">Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux</h4>		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

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	SAGNO KABINE		Date de	02/05/1997
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	CR18			
Fonction/poste	MANOEUVRE			
Adresse personnelle	CAMP3			
Téléphone fixe		Téléphone	621599604	
Numéro de passeport/CI	7414751/21	Date	22/09/2026	
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	SAGNO LAYE		
	Téléphones	625181782		
	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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Épilepsie ou convulsions	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glaucome ou cécité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabète sucré	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cancer/hémopathie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladie héréditaire/anomalies congénitales	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, TB, asthme)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vertiges, étourdissements ou titubements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Épilepsie ou convulsions	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

3. Histoire sociale		Oui	Non
Alcool		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Drogues récréatives		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Exercice, sport et loisirs		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tabagisme	Jamais	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Ex-fumeur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous ou avez-vous déjà eu des troubles nerveux ou mentaux, par ex. épilepsie, étourdissements, vertiges, épisodes de faiblesse soudaine, anxiété ou dépression ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Êtes-vous acrophobe ou claustrophobe ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous été informé des tâches que vous êtes censé effectuer et des exigences sécuritaires du travail en hauteur ou dans des espaces clos ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou eu des idées suicidaires ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vous sentez-vous souvent triste, déprimé ou désespéré ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous souvent des pensées qui ne sont pas les vôtres, par ex. message divin, diabolique ou de mauvais esprits ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vous considérez-vous comme ayant des pouvoirs spéciaux, par ex. pouvoir voler sans ailes ni aide ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vous sentez-vous souvent irritable, ou ayant l'impression que tout est un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vous sentez-vous souvent nerveux, ou sans aucun contrôle sur vos soucis ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Êtes-vous connu comme quereilleur ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vous sentez-vous souvent agité ou sur les nerfs ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

5. 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"/>

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

6 Traitement médicamenteux

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

7 Allergies

Veillez 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	Non		Oui Non



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Si oui, précisez	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bruit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vibrations	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Radioactivité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Poussière d'amiante	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Plomb	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Autres poussières (silice, charbon, or, diamant)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Vous êtes-vous absenté du travail au cours de l'année dernière ? Dans l'affirmative, pour combien de temps et pour quels motifs ?				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie professionnelle ou une demande d'indemnisation en tant qu'employé ? Si oui, indiquez :				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 ?				<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Soulèvement/flexion répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail en surface sur des tâches physiques légères	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Posture debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Conduite d'un véhicule de passagers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail de bureau	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Espace confiné	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail en hauteur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Contact avec la faune	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travailler en mer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail souterrain	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail à haute température	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Projet Simandou

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 :

✍



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 1,66	Cm	Pieds	Poids 59	Kg	Lb
IMC (indice de mas 27,4			Température 36,8	°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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 :

Pression artérielle	134/87 mmHg	Fréquence respiratoire	23 cycles
Fréquence cardiaque	87 bpm	Rythme cardiaque	Régulier <input checked="" type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/>

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	Néant	Sang	Néant
Bilirubine	Néant	Leucocytes	Néant



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Cétone	Néant	Protéine	Néant
--------	-------	----------	-------

ANALYSES SANGUINES :

Numération et formule sanguines	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal
Calcium/Potassium	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
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 Hepatite A (personnel de	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Selles (personnel de cuisine seulement)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
IDR Tuberculine (personnel de cuisine)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Sérologie de l'hépatite virale B	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Sérologie VIH recommandée	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Cholestérol (total, HDL, LDL)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Triglycérides	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal :
ALAT- ASAT	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Gamma GT	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

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

ECG AU REPOS

Veuillez fixer le câble ECG.

Constatations :

- Normal
 Anormal :

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	Vision chromatique :		
	Éloignée	Rapproché e		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Rouge/vert	<input type="checkbox"/> Autre
Droit	6/ <i>10/10</i>	6/ <i>10/10</i>	6/	Champs visuels :		
Gauche	6/ <i>10/10</i>	6/ <i>10/10</i>	6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	<i>3,37</i>	<i>3,95</i>	<i>93,47</i>
Prévu	<i>4,43</i>	<i>3,74</i>	<i>83,86</i>
% prévu	<i>76,07</i>	<i>84,22</i>	<i>111,46</i>
Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %			
Commentez en détail toutes les anomalies			

AUDIOMÉTRIE : veuillez joindre l'audiogramme

 		<h2 style="color: blue;">Système de gestion SSEC</h2>		N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
				Version :	1.0
				Réviseur :	Sékou Camara
				Approuvé par :	Sofiane Chebli
				Date d'approbation :	12/11/2023
		Normal	Anormal	Commentaires	
	Oreille gauche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Oreille droite	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IPA : %					



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

VACCINATION :

Veillez 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	<input checked="" type="checkbox"/>		
Personnel de cuisine			
Hépatite A	<input type="checkbox"/>		
Hépatite B	<input type="checkbox"/>		
Typhoïde	<input type="checkbox"/>		
Méningite	<input type="checkbox"/>		
Diphthérie	<input type="checkbox"/>		
Tétanos	<input type="checkbox"/>		
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 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 :