MV/IB9/133

RioTinto SimFer	Système de gestion HSEC	Nº 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 sainement 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 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 : CAMARA ADAMA	Signature :	Date
03/06/2024		

CONFIDENTIEL

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

Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

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

Prénoms et nom	CAMARA ADAMA		Date de	28/08/1988
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	IBS			
Fonction/poste	CARRELLEUR			
Adresse personnelle	BEYLA			
Téléphone fixe			Téléphone	627745407
Numéro de passeport/CI	6553884/		Date	07/11/2023
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	N'VAKOSIA CAMARA		
	Téléphones	622129292		
	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		☐	☑
Vertiges, étourdissements ou titubements		☐	☑
Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement		☐	☑
Épilepsie ou convulsions		☐	☑
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)		☐	☑

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 inexpliquée	☐	☒

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui. [redacted]

3.	Histoire sociale	Oui	Non
	Alcool	☐	☒
	Drogues récréatives	☐	☒
	Exercice, sport et loisirs	☒	☐
	Tabagisme	☐	☒

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

Combien en consommez-vous ? [redacted]

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? [redacted]

Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ? [redacted] Football 2 fois/semaine.

Avis de droits d'auteur © Rio Tinto
USAGE INTERNE UNIQUEMENT

Commentaires : [redacted]

4. 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. [redacted]

5 Traitement médicamenteux

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

[redacted]

6 Allergies

Veuillez 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 :

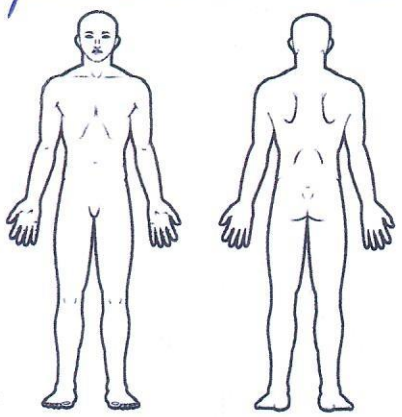
Date :

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 1,76	Cm [redacted]	Pieds [redacted]	Poids 81	Kg [redacted]	Lb [redacted]
IMC (indice de mas 26,1	[redacted]		Température 36,2	°C [redacted]	°F [redacted]

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



Commentaires sur les constats cliniques : [redacted]

Denture incomplète et cariée

Pression artérielle	[redacted] 123/82 mm Hg	Fréquence respiratoire	25 [redacted] Cycles/min	
Fréquence cardiaque	[redacted] 50 puls/min	Rythme cardiaque	Régulier ☒	Irrégulier ☐

5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

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

ANALYSE URINAIRE :

Glucose	Néant	Sang	Néant
Bilirubine	Néant	Leucocytes	Néant
Cétone	Néant	Protéine	Néant

ANALYSES SANGUINES :

Avis de droits d'auteur © Rio Tinto
USAGE INTERNE UNIQUEMENT

Numération et formule sanguines	☐ Normal	☒ Anormal
Glycémie à jeun	☒ Normal	☐ Anormal
Urée	☒ Normal	☐ Anormal
Créatinine	☒ Normal	☐ Anormal
Sérologie Hépatite A (personnel de	☐ Normal	☐ Anormal
Sérologie de l'hépatite B	☒ Normal	☐ Anormal
Selles (personnel de cuisine seulement)	☐ Normal	☐ Anormal
IDR Tuberculine (personne de cuisine)		
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

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	Rapprochée		☒ Normal ☒ Rouge/vert ☐ Autre
Droit	6/ 9/10	6/ 9/10	6/	Champs visuels :
Gauche	6/ 9/10	6/ 9/10	6/	☒ Normal ☐ Anormal

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

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	4,12	3,97	96,36
Prévu	5,03	4,17	83,02
% prévu	81,91	95,20	116,07

Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %

	Normal	Anormal	Commentaires
Oreille gauche	☐	☒	
Oreille droite	☐	☒	

IPA : %

Commentez en détail toutes les anomalies

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

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 la section des 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 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 :