

MV / GIP / 13

 	Système de gestion HSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031029
		Version :	1.0
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux	Révisé :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

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](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 : MOHAMED MACKA SOW
17/05/2024

Signature



Date

CONFIDENTIEL

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

 	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		

	Système de gestion HSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031029
		Version :	1.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

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

Prénoms et nom	SOW MOHAMED MACKA		Date de	05/12/1984
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	GIP			
Fonction/poste	DIRECTEUR GENERAL			
Adresse personnelle	MORIBADOU			
Téléphone fixe		Téléphone	622020695	
Numéro de passeport/CI	O005866557	Date	17/11/2025	
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	NAMINA DIALLO		
	Téléphones	622203225		
	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 ?

	Oui	Non
2. Antécédents médicaux		
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)	☐	☒
Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale	☐	☒



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

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. XXXXXXXXXX

3. Histoire sociale

	Oui	Non
Alcool	☐	☒
Drogues récréatives	☐	☒
Exercice, sport et loisirs	☐	☒
Tabagisme	☐	☒

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

Combien en consommez-vous ? XXXXXXXXXX

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? XXXXXXXXXX

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



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	1,60	Cm		Pieds		Poids	51	Kg		Lb	
IMC (indice de masse)	19,9					Température	36,6	°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	139/89 mmHg	Fréquence respiratoire	22 Cycles
Fréquence cardiaque	60 bpm	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 :



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

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	Rapproché		
		e		☒ Normal ☒ Rouge/vert ☐ Autre
Droit	10/10	6/10	6/	Champs visuels : ☒ Normal ☐ Anormal
Gauche	10/10	6/10	6/	



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

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

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	2,39	2,30	96,23
Prévu	3,56	2,99	82,60
% prévu	67,13	76,92	116,50
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	☐		
Diphthérie	☐		
Tétanos	☐		



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale annuelle_Nationaux

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 :