

MV/GIP/07

 <b>SimFer</b>	<b>Système de gestion HSEC</b>	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025
		Version :	1.0
	<b>Projet de Simandou</b> <b>Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</b>	Réviseur :	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 ses employés et des visiteurs de ses exploitations en Guinée. Un certificat médical est obligatoire avant tout accès aux sites de Simandou SA dans le cadre du projet Simandou.

Tous les journaliers ou toute personne affectée à une activité d'une durée inférieure de 14 jours doivent remplir cette évaluation, de préférence avec un médecin du travail. L'évaluation médicale remplie doit être soumise à [simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com) pour approbation. Cette évaluation médicale est valable 12 mois.

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 vous êtes apte à travailler sur les sites de Simfer ;
- vous prodiguer les soins médicaux appropriés si nécessaire.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale de Simfer du projet Simandou. En cas d'anomalies médicales 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 vous faut un traitement médical urgent. Dans de telles circonstances, il peut s'avérer nécessaire de partager vos données personnelles avec la société qui vous emploie comme journalier.

Rio Tinto s'appuie sur ses intérêts légitimes pour traiter vos données personnelles, en particulier son intérêt à assurer la santé et la sécurité sur le lieu de travail. Vos données personnelles seront conservées pendant toute la durée de vos activités sur le projet Simandou, après quoi elles seront archivées pendant une période de deux ans, puis supprimées en toute sécurité.

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](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com) ou envoyer un courriel à [demande&C@riotinto.com](mailto:demande&C@riotinto.com)

Attestation et consentement : je confirme avoir lu le présent avis de confidentialité et consens 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](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com)

Nom en majuscules : SAGNO YAKOUBA 19/04/2024	Signature : 	Da
---	---	----

**CONFIDENTIEL**

<b>Le formulaire rempli doit être envoyé par courriel à l'équipe médicale de Simfer : <a href="mailto:simfermedicalteam@riotinto.com">simfermedicalteam@riotinto.com</a>.</b>
---

 	<h1>Système de gestion HSEC</h1>	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025
		Version :	1.0
 <h2>Projet de Simandou</h2> <h3>Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</h3>		Réviseur :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

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

Prénoms et nom	SAGNO YAKOUBA		Date de	01/01/1988
Nationalité	GUINEENNE			
Entreprise	GIP-SAL			
Fonction/poste	MANITANTINNAIRE			
Objet du déplacement				
Adresse personnelle	MORIBADOU			
Téléphone fixe		Téléphone	610671745	
Numéro de passeport/CI	0153509/22	Date		
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	BAYO MAMADY		
	Téléphones	629486595		
	Adresse			

### 2 - QUESTIONNAIRE SANITAIRE :

À remplir par le journalier 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	<b>Système nerveux central</b>		
	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	<b>Système cardiovasculaire</b>		
	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	<b>Appareil respiratoire inférieur</b>		
	Asthme, toux chronique, pneumoconiose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Tuberculose ou pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4	<b>Appareil respiratoire supérieur</b>		
	Troubles oto-rhino-laryngologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Troubles auditifs ou langagiers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5	<b>Dermatologie et système musculosquelettique</b>		
	Tumeurs malignes ou cancer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



**Projet de Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale\_Employé journalier**

Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné)		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>2.6</b>	<b>Appareil urinaire et reproducteur</b>		
Calculs rénaux ou infections urinaires		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Problèmes prostatiques/gynécologiques		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Êtes-vous enceinte ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>2.7</b>	<b>Organes abdominaux</b>		
Brûlures gastriques, indigestion fréquente		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Saignement rectal		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>2.8</b>	<b>Système endocrinien</b>		
Diabète sucré		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie)		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>2.9</b>	<b>Maladies infectieuses</b>		
Hépatite B et C, VIH/ITS		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>2.10</b>	<b>Autre</b>		
Allergies		<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Perte ou prise de poids inexplicquée		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.</b>			
<b>3.</b>	<b>Histoire sociale</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
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		<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 ?			

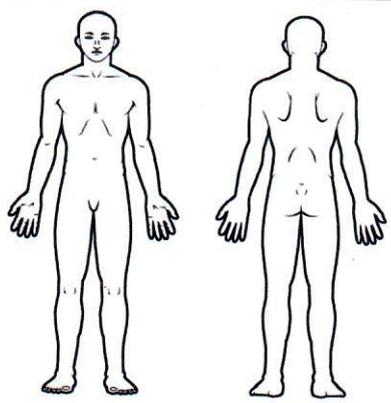
\_\_\_\_\_

#### 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 <b>179</b>	Cm	Pieds <b>7</b>	Poids <b>72</b>	Kg	Lb	Vision rapprochée
IMC (indice de mas <b>22,5</b> )			Température °C <b>36,3</b>			<input type="checkbox"/> Normale <input checked="" type="checkbox"/> Anormale
Pression artérielle <b>122/74</b>			Fréquence	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Vision éloignée
Fréquence cardiaque <b>63 bpm</b>			Rythme	Régulier <input type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale

	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 :

#### 5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

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

#### ANALYSE URINAIRE :

Glucose	<b>Neant</b>	Sang	<b>Neant</b>
Bilirubine	<b>Neant</b>	Leucocytes	<b>Neant</b>
Cétone	<b>Neant</b>	Protéine	<b>Neant</b>

#### ANALYSES SANGUINES :

Numération et formule sanguines	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal
Glycémie à jeun	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Anormal

	<b>Système de gestion HSEC</b>	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025
		Version :	1.0
	<b>Projet de Simandou</b>		
	<b>Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier</b>		
	Approuvé par :	Sofiane Chebli	
		Date d'approbation :	12/11/2023

Urée	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Créatinine	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
SGOT/SGPT	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

**RADIOGRAPHIE THORACIQUE :**

Veillez joindre le cliché radiographique

**Constatations :**

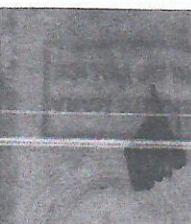
- Normal  
 Anormal :

**RÉPUBLIQUE DE GUINÉE**  
**Carte Nationale d'Identité**




N° 050126080371002  
 Nom SAGNO  
 Prénoms DIANKORA  
 Sexe M  
 Né(e) le (en 1988)  
 à MORIKENDOU/GBAKEDOU BEYLA  
 de BANGALY  
 et de TRAORE MADJIDA  
 Profession COMMERCANT (P)

Signature 





Signature de l'Autorité Emploieuse (à gauche)

Timbre fiscal

Date 01/08/2025

N° 015550

Résidence MATO

Taux 17%

Signes particuliers MATO/KISSOSSO

Taux NOIR

VOIR PHOTO

N° 015550

Changement NOIR