MV/GIP/12

| RioTinto SimFer | Système de gestion HSEC | Nº du doc. : | HSEC_FOR_031025 |
|---|---|---|---|
| | | Version : | 1.0 |
| | | Réviseur : | Sékou Camara |
| | | Approuvé par : | Sofiane Chebli |
| | | Date d'approbation : | 12/11/2023 |

# Projet de Simandou
# Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

**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 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 ou envoyer un courriel à 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

Nom en majuscules : CAMARA VAFING
19/04/2024

Signature :

Da

**CONFIDENTIEL**

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


Tous droits réservés © Rio Tinto

# Projet de Simandou
# Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Prénoms et nom | CAMARA VAFING | Date de | 01/01/2002 |
| Nationalité | GUINEENNE | | |
| Entreprise | GIP-SAL | | |
| Fonction/poste | MANITANTINNAIRE | | |
| Objet du déplacement | | | |
| Adresse personnelle | MORIBADOU | | |
| Téléphone fixe | | Téléphone | 621250245 |
| Numéro de passeport/CI | 8189877/22 | Date | |
| Adresse mail | | | |
| Contact d'urgence | Nom | SOUMAILA CAMARA | |
| | Téléphones | 620656968 | |
| | 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 | **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 | | ☐ | ☒ |


Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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/ITS | | ☐ | ☑ |
| **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.**

| **3.** | **Histoire sociale** | **Oui** | **Non** |
|---|---|---|---|
| Alcool | | ☐ | ☑ |
| Drogues récréatives | | ☐ | ☑ |
| Exercice, sport et loisirs | | ☐ | ☑ |
| Tabagisme | | ☐ | ☑ |
| 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 ? | | | |


Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

**Commentaires :**

| 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.**

| 5. | Traitement médicamenteux |
|---|---|

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

| 6. | Allergies |
|---|---|

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

Nourriture :

Médicaments :

Produit chimique :

Autre :

# Projet de Simandou
# Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

**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 :

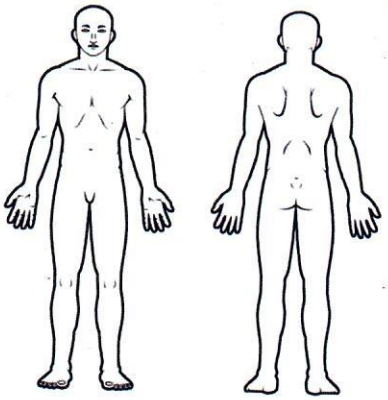

Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

## 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 172 | Cm | Pieds | Poids 79 | Kg | Lb | Vision rapprochée |
| IMC (indice de mas 26,7 | | | Température °C 36,5 | | °F | ☒ Normale ☐ Anormale |
| Pression artérielle 146/71 | | | Fréquence | Normale ☐ | Anormale ☐ | Vision éloignée |
| Fréquence cardiaque 71 bpm | | | Rythme | Régulier ☐ | Irrégulier ☐ | ☒ Normale ☐ Anormale |

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



Commentaires sur les constats cliniques :

## 5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

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

### ANALYSE URINAIRE :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Glucose | Neant | Sang | Neant |
| Bilirubine | Neant | Leucocytes | Neant |
| Cétone | Neant | Protéine | Neant |

### ANALYSES SANGUINES :

| | | |
|---|---|---|
| Numération et formule sanguines | ☐ Normal | ☒ Anormal |
| Glycémie à jeun | ☒ Normal | ☐ Anormal |


Tous droits réservés © Rio Tinto

| | | |
|---|---|---|
| Urée | ☒ Normal | ☐ Anormal |
| Créatinine | ☒ Normal | ☐ Anormal |
| SGOT/SGPT | ☒ Normal | ☐ Anormal |

**RADIOGRAPHIE THORACIQUE :**

Veuillez joindre le cliché radiographique

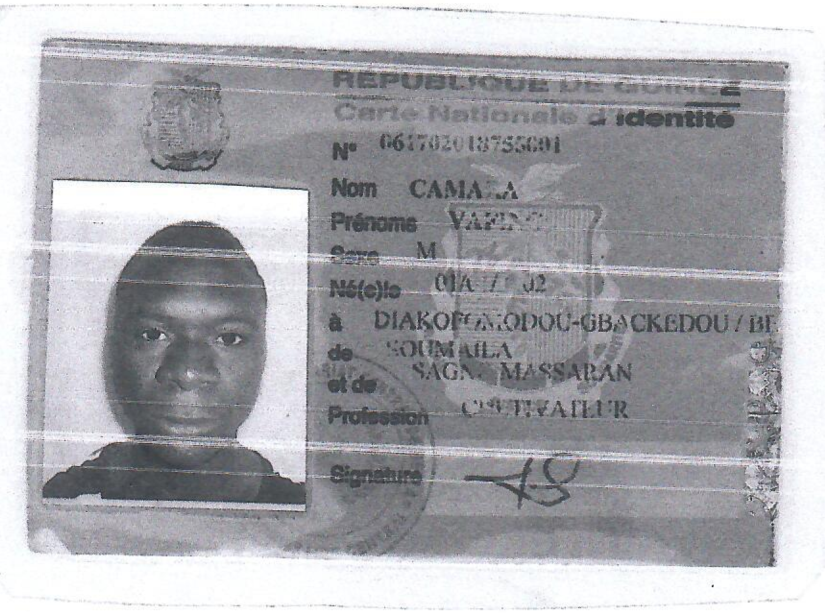
**Constatations :**

☐ **Normal**

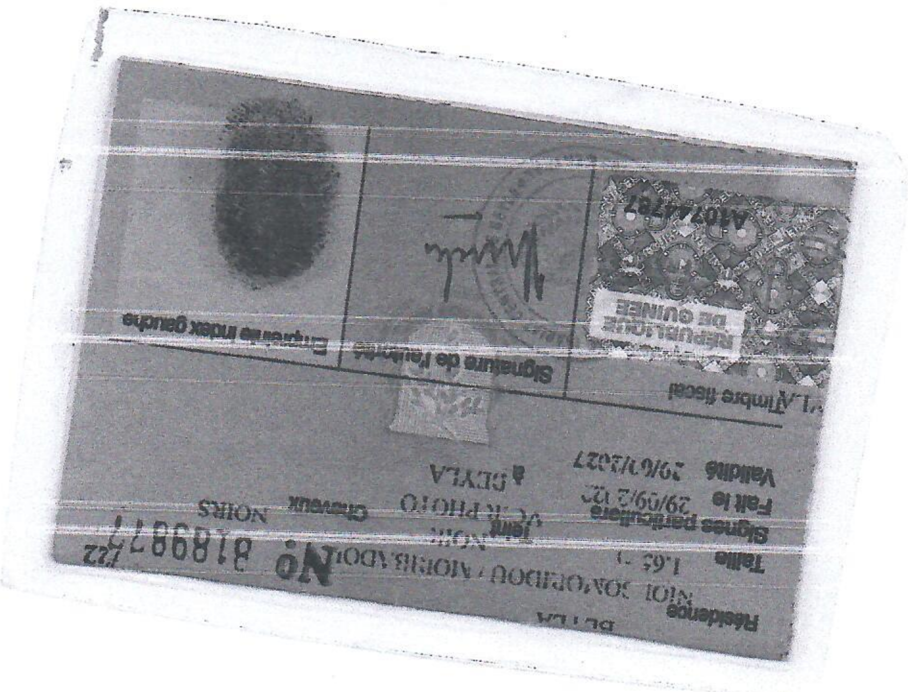
☐ **Anormal :**



Tous droits réservés © Rio Tinto



REPUBLIQUE DE GUINEE
Carte Nationale d'identité
N° 0617020187556O1
Nom CAMARA
Prénoms VAFING
Sexe M
Né(e)le 01/A.../..02
à DIAKOFOMODOU-GBACKEDOU / BE
de SOUMAILA
et de SAGNO MASSARAN
Profession CULTIVATEUR
Signature



Résidence BEYLA
NIOI SOMORIDOU / MORIBADOU
N° 8189877/22
Taille 1.65 m
Teint NOIR
Signes particuliers VOIR PHOTO
Cheveux NOIRS
Fait le 29/09/2022
à BEYLA
Validité 29/09/2027
Timbre fiscal
REPUBLIQUE DE GUINEE
A10744787
Signature de l'autorité
Empreinte index gauche