



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi Nationaux

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	KONE SIBA		Date de	14/01/1993
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	CHEC			
Fonction/poste	SOUDEUR			
Adresse personnelle	MAFERINYAH			
Téléphone fixe		Téléphone	629031545	
Numéro de passeport/CI	6342875/19	Date	03/07/2024	
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	TRAORE MARTINE		
	Téléphones	627052432		
	Adresse	N'ZEREKORE		

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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Épilepsie ou convulsions	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Glaucome ou cécité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Diabète sucré	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Cancer/hémopathie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Maladie héréditaire/anomalies congénitales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, TB, asthme)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 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"/>



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

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 Appareil respiratoire inférieur		
Asthme, toux chronique, pneumoconiose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tuberculose ou pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.4 Appareil respiratoire supérieur		
Troubles oto-rhino-laryngologiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Troubles auditifs ou langagiers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.5 Dermatologie et système musculosquelettique		
Tumeurs malignes ou cancer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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"/>
2.6 Appareil urinaire et reproducteur		
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"/>
2.7 Organes abdominaux		
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"/>
2.8 Système endocrinien		
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"/>
2.9 Maladies infectieuses		
Hépatite B et C, VIH/IST	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2.10 Autres		
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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

Appendicectomie (2015)

3. Histoire sociale		Oui	Non
Alcool		<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>
	Ex-fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fumeur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?			
Combien en consommez-vous ? <i>2 verres / jour</i>			
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? <i>4 meches / jour</i>			
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 querelleur ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Vous sentez-vous souvent agité ou sur les nerfs ?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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		
Veuillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement.			
7.	Allergies		
Veuillez 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 :



Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

Agent d'exposition	Date/durée de l'exposition		Protection utilisée	
	Oui	Non	Oui	Non
Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrations	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radioactivité	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussière d'amiante	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plomb	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres poussières (silice, charbon, or, diamant)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>
Soulèvement/flexion répétitifs			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travail en surface sur des tâches physiques légères			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posture debout prolongée			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduite d'un véhicule de passagers			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail de bureau			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Espace confiné			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail en hauteur			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Contact avec la faune			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travailler en mer			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail souterrain			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

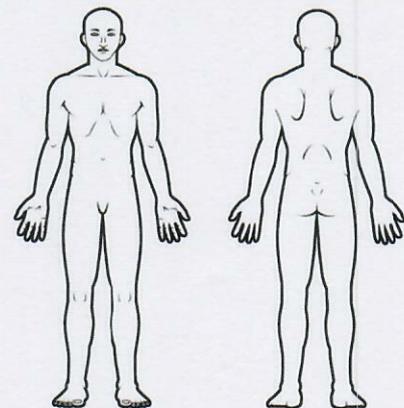
	<h1>Système de gestion SSEC</h1>	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024	
		Version :	1.0	
	<h2>Projet Simandou</h2> <h3>Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux</h3>		Révisé par :	Sékou Camara
			Approuvé par :	Sofiane Chebli
			Date d'approbation :	12/11/2023

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	168	Cm	Pieds	Poids	48	Kg	Lb
IMC (indice de masse)	17.4			Température	36,5	°C	°F
Pression artérielle	135/84			Fréquence respiratoire	19 cycles/min		
Fréquence cardiaque	60 bpm			Rythme cardiaque	Régulier <input checked="" type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>	

	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 :

Veuillez joindre les résultats de tous les tests s'ils ne figurent pas dans ce formulaire.

GROUPE SANGUIN

Tester si inconnu

O Rh Positif

ANALYSE URINAIRE :

Glucose	Absence	Sang	Absence
---------	---------	------	---------

	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	1.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux
--	--

Bilirubine	Absence	Leucocytes	Absence
Céto	Absence	Protéine	Absence

ANALYSES SANGUINES :

Numération et formule sanguines	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input 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 Hépatite 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 type="checkbox"/> Normal	<input checked="" 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 :



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale pré-emploi_Nationaux

ECG À L'EFFORT (si cliniquement indiqué)

Constatations :

- Normal
 Anormal :

RADIOGRAPHIE THORACIQUE

Veillez joindre le cliché radiographique

EXAMEN DE LA VISION :

Vision :	Sans lunettes		Avec lunettes	Vision chromatique :		
	Éloignée	Rapproché		<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Rouge/vert	<input type="checkbox"/> Autre
Droit	6/ 8/10	6/ 8/10	6/	Champs visuels :		
Gauche	6/ 8/10	6/ 8/10	6/	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	

SPIROMÉTRIE : veuillez joindre le rapport complet

	CVF	VEMS 1	VEMS %
Mesuré	3,75L	3,19L	84,90%
Prévu	2,58L	1,53L	60,88%
% prévu	68,65%	47,94%	72,70%

Transmettre si ratio VEMS 1/CVF > 70 %

Commentez en détail toutes les anomalies

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

AUDIOMETRIE : veuillez joindre l'audiogramme

	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 checked="" type="checkbox"/>		
Diphtérie	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tétanos	<input checked="" 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"/>		
Diphtérie	<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 :