

MV/CHec/992

|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              |                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|   | <b>Système de gestion<br/>SSEC</b>                                                                                           | N° du doc. :         | HSEC-FOR_031045 |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              | Version :            | 1.0             |
|                                                                                    | <b>Projet Simandou</b><br><b>Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux</b><br><b>Formulaire B3 - Travail à haut risque</b> | Réviser :            | Sékou Camara    |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              | Date d'approbation : | 30/09/2024      |

#### AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Simfer S.A., membre du groupe Rio Tinto, s'engage à protéger la santé et la sécurité de notre main-d'œuvre et des visiteurs de nos exploitations en Guinée. L'approbation médicale est obligatoire avant de travailler pour le projet Simandou.

Le certificat médical d'aptitude doit être envoyé à [simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com) pour approbation. Une évaluation approuvée est valable 12 mois.

Les données personnelles demandées sur ce formulaire (vos données personnelles) comprennent des informations de santé détaillées vous concernant qui sont nécessaires aux fins suivantes :

- Déterminer si vous êtes apte à travailler sur le projet Simandou ;
- Vous prodiguer les soins médicaux appropriés si nécessaire ;
- s'assurer que vous avez reçu tous les vaccins obligatoires ;
- S'assurer que vous avez été informé et qu'on vous a proposé les vaccins vivement recommandés

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 évaluations médicales et de diverses maladies infectieuses et à transmission vectorielle.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale 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 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 [askE&C@riotinto.com](mailto:askE&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](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com).

Nom en majuscules : SOUARE SIDIKI

Signature :



Date : 16/10/2024

**CONFIDENTIEL**

|                                                                                  |                                                                                                                              |                      |                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|
|  | <h2 style="text-align: center;">Système de gestion<br/>SSEC</h2>                                                             | N° du doc. :         | HSEC-FOR_031045 |
|                                                                                  |                                                                                                                              | Version :            | 1.0             |
|                                                                                  |                                                                                                                              | Révisé par :         | Sékou Camara    |
|                                                                                  |                                                                                                                              | Approuvé par :       | Sofiane Chebli  |
|                                                                                  |                                                                                                                              | Date d'approbation : | 30/09/2024      |
|  | <b>Projet Simandou</b><br><b>Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux</b><br><b>Formulaire B3 - Travail à haut risque</b> |                      |                 |

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

[simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com)

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

|                        |               |                 |           |            |
|------------------------|---------------|-----------------|-----------|------------|
| Prénoms et nom         | SQUARE SIDIKI |                 | DDN       | 15/06/1992 |
| Nationalité            | GUINEENNE     |                 |           |            |
| Employeur              | CHEC          |                 |           |            |
| Fonction/poste         | CONDUCTEUR    |                 |           |            |
| Adresse personnelle    | MAFERINYAH    |                 |           |            |
| Téléphone fixe         |               | Téléphone       | 628657172 |            |
| Numéro de passeport/CI | XXXXX         | Date Expiration | XXXXX     |            |
| Adresse mail           |               |                 |           |            |
| Contact d'urgence      | Nom           | CAMARA YOMBA    |           |            |
|                        | Téléphones    | 622368120       |           |            |
|                        | Adresse       | CONAKRY         |           |            |

**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"/> |



## Projet Simandou

### Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux

### Formulaire B3 - Travail à haut risque

|                                                                                                                                                                |                          |                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 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"/> |
| <b>2.2 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"/> |
| <b>2.3 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"/> |
| <b>2.4 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"/> |
| <b>2.5 Dermatologie et système musculosquelettique</b>                                                                                                         |                          |                                     |
| 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"/> |
| <b>2.6 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 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 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 Maladies infectieuses</b>                                                                                                                               |                          |                                     |
| Hépatite B et C, VIH/IST                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>2.10 Autres</b>                                                                                                                                             |                          |                                     |
| Allergies                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hospitalisation pour quelque raison que ce soit                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Toute intervention ou opération chirurgicale                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" 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"/> |



**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B3 - Travail à haut risque**

|                                                                                                                                                     |           |                                     |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 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 inexpliquée                                                                                                                 |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.                                                                                      |           |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                     |           |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                     |           |                                     |                                     |
| <b>3. 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                                                                                                                                           | Jamais    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|                                                                                                                                                     | Ex-fumeur | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                     | Fumeur    | <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 ?                                                                                         |           |                                     |                                     |
| Commentaires :                                                                                                                                      |           |                                     |                                     |
|                                                                                                                                                     |           |                                     |                                     |
| <b>4 Examen Psychologique</b>                                                                                                                       |           | <b>Oui</b>                          | <b>Non</b>                          |
| Avez-vous des difficultés à arrêter de vous inquiéter pour quelque chose ?                                                                          |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Passez-vous plus de temps à vous occuper de la maison, du travail ?                                                                                 |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous des difficultés à vous endormir à cause des pensées qui vous viennent en tête ?                                                           |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Etes-vous souvent et sans raison à bout de nerfs ?                                                                                                  |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur une tâche ?                                                                                         |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vous êtes en colère et tendu sans raison ?                                                                                                          |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vos amis et votre famille vous disent que vous vous inquiétez sans raison et que vous avez besoin de vous détendre ?                                |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ressez-vous des tensions dans les muscles de votre cou, de votre dos et autour de vos yeux ?                                                        |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous des difficultés à rester assis sans faire rouler quelque chose dans vos mains, dessiner avec un stylo ou d'autres mouvements répétitifs ? |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avez-vous remarqué que vos paumes transpirent occasionnellement, que votre cœur s'emballa ou que votre respiration est courte et superficielle ?    |           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Encerclez (0-non, 1-plus d'une demi-journée, 2-quelques jours ou 3-tous les jours) sur chaque énoncé ci-dessous :                                   |           |                                     |                                     |



**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B3 - Travail à haut risque**

[illegible]



## Projet Simandou

### Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux

### Formulaire B3 - Travail à haut risque

#### 6 Traitement médicamenteux

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

#### 7 Allergies

Veillez indiquer si vous avez des allergies :

Nourriture :

Médicaments :

Produit chimique :

Autre :

#### Échelle de somnolence d'Epworth

Dans le tableau ci-dessous, attribuez les scores suivants à la question posée comme suit :

- 0 Je ne somnolerais jamais
- 1 Légère chance de somnoler
- 2 Risque modéré de somnoler
- 3 Forte chance de somnoler

Quelle est la probabilité que vous vous endormiez dans les situations suivantes ?

|                                                                                 |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|
| Assis et lisant                                                                 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Regarder la télévision                                                          | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Assis inactif dans un lieu public (par exemple, théâtre ou réunion)             | 0 | 1 | 2 | 3 |
| En tant que passager dans la voiture pendant une heure sans interruption        | 0 | 1 | 2 | 3 |
| S'allonger pour se reposer l'après-midi lorsque les circonstances le permettent | 0 | 1 | 2 | 3 |
| S'asseoir et parler avec quelqu'un                                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Assis tranquillement après le déjeuner sans alcool                              | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Dans une voiture, à l'arrêt quelques minutes dans la circulation                | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Total                                                                           | 0 |   |   |   |



## Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux Formulaire B3 - Travail à haut risque

### 3 - QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL :

| Avez-vous occupé un poste où vous avez été exposé à :                                                                             |                          |                                     |                            |                              |                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| 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 :                                                       |                          |                                     |                            |                              |                                         |

### 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 :

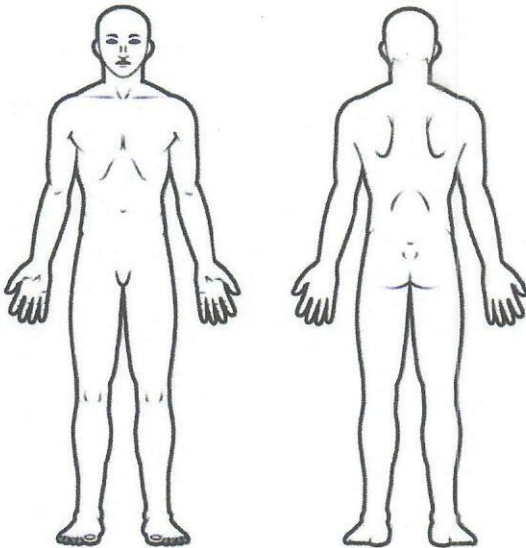


**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B3 - Travail à haut risque**

**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 <u>1,68</u>                     | Cm | Pieds | Poids <u>70</u>                       | Kg                                | Lb                                  |
| IMC (indice de masse corporelle)       |    |       | Température <u>36°C</u>               | °C                                | °F                                  |
| Pression artérielle <u>135/77 mmHg</u> |    |       | Fréquence respiratoire <u>20 c/mn</u> |                                   |                                     |
| Fréquence cardiaque <u>72 c/mn</u>     |    |       | Rythme cardiaque                      | Régulier <input type="checkbox"/> | Irrégulier <input type="checkbox"/> |

|                                                    | Normal                   | Anormal                  |  |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                    |                          |                          |                                                                                     |
| 1. Peau                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| Infection cutanée des mains, des bras ou du visage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| Furoncles, orgelets ou doigt septique              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 2. Ganglions lymphatiques                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 3. Tête et cou                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 4. Yeux                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| Ecoulement                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 5. Nez                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 6. Gorge                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 7. Dents et bouche                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 8. Respiration                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 9. Cardiovasculaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 10. Abdomen                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| Sites herniaires                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 11. Génito-urinaire                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 12. Extrémités                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 13. Examen fonctionnel de l'appareil locomoteur    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 14. Examen neurologique                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| Réflexes                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| Force musculaire                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| Sensibilité                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |



**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B3 - Travail à haut risque**

15. Test Romberg



Commentaires sur les constats cliniques :

**ECG AU REPOS**

Veuillez joindre le tracé ECG.

Constatations :

☐ Normal

☐ Anormal :

**EXAMEN DE LA VISION :**

| Vision : | Sans lunettes |            | Avec lunettes | Vision chromatique :                                                                                                     |
|----------|---------------|------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | Éloignée      | Rapprochée |               |                                                                                                                          |
| Droit    | 6/ 08/10      | 6/ 07/10   | 6/            | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Rouge/vert <input type="checkbox"/> Autre |
| Gauche   | 6/ 08/10      | 6/ 07/10   | 6/            | Champs visuels :<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal                          |

|                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                 |           |     |              |              |                |                |                      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|-----------|-----|--------------|--------------|----------------|----------------|----------------------|------------|
|  | <h2 style="margin: 0;">Système de gestion<br/>SSEC</h2>                                                                                                                               | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">N° du doc. :</td> <td>HSEC-FOR_031045</td> </tr> <tr> <td>Version :</td> <td>1.0</td> </tr> <tr> <td>Révisé par :</td> <td>Sékou Camara</td> </tr> <tr> <td>Approuvé par :</td> <td>Sofiane Chebli</td> </tr> <tr> <td>Date d'approbation :</td> <td>30/09/2024</td> </tr> </table> | N° du doc. : | HSEC-FOR_031045 | Version : | 1.0 | Révisé par : | Sékou Camara | Approuvé par : | Sofiane Chebli | Date d'approbation : | 30/09/2024 |
| N° du doc. :                                                                     | HSEC-FOR_031045                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                 |           |     |              |              |                |                |                      |            |
| Version :                                                                        | 1.0                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                 |           |     |              |              |                |                |                      |            |
| Révisé par :                                                                     | Sékou Camara                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                 |           |     |              |              |                |                |                      |            |
| Approuvé par :                                                                   | Sofiane Chebli                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                 |           |     |              |              |                |                |                      |            |
| Date d'approbation :                                                             | 30/09/2024                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                 |           |     |              |              |                |                |                      |            |
|  | <h3 style="margin: 0;">Projet Simandou</h3> <h4 style="margin: 0;">Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux</h4> <h4 style="margin: 0;">Formulaire B3 - Travail à haut risque</h4> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                 |           |     |              |              |                |                |                      |            |

#### 5- ANALYSE EN LABORATOIRE:

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

#### ANALYSE SANGUINE:

|                                                  |                                            |                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|
| Numération formule sanguine                      | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| Glycémie à jeun ou Post-prandiale                | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal |
| Vitesse de Sédimentations des érythrocytes ((VS) | <input 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 |

#### AUDIOMÉTRIE \* Si indiqué comme risque professionnel potentiel :

Veuillez joindre l'audiogramme

|                   | Normal                   | Abnormal                 | Commentaires |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Oreille gauche    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| Oreille droite    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |              |
| IPA:            % |                          |                          |              |