

AVR / CHEC / 1072

RioTinto

SimFer

## Système de gestion SSEC

N° du doc. :	HSEC-FOR_031046
Version :	1.0
Révisé par :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	30/09/2024



### Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux Formulaire B5 - Professionnels de la santé

#### 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 archivage. 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 évacuations 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 : KEITA THIerno MAMADOU SALIOU

Date : 19/10/2024

Signature :

**CONFIDENTIEL**



**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B5 - Professionnels de la santé**

Le certificat médical d'aptitude doit être envoyé à [simfermedicalteam@riotinto.com](mailto:simfermedicalteam@riotinto.com)

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

Prénoms et nom	KEITA THIerno MAMADOU SALIOU	DDN	12/09/1997
Nationalité	GUINEENNE		
Employeur	CHEC		
Fonction/poste	ASSISTANT HSSE		
Adresse personnelle	MAFERINYAH		
Téléphone fixe		Téléphone	623642703
Numéro de passeport/CI	XXXXX	Date Expiration	XXXXX
Adresse mail			
Contact d'urgence	Nom	KEITA APHA AMADOU	
	Téléphones	624391971	
	Adresse	MAFERINYAH	

**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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 B5 - Professionnels de la santé**

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</b> <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"/>
<b>2.3</b> <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"/>
<b>2.4</b> <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"/>
<b>2.5</b> <b>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</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/IST	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>2.10</b> <b>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"/>



SimFer

RioTinto

Systeme de gestion  
SSEC

N° du doc. :	HSEC-FOR_031046
Version :	1.0
Réviser :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	30/09/2024

Projet Simandou  
Formulaire d'évaluation médicale\_Nationaux  
Formulaire B5 - Professionnels de la santé

<input checked="" type="checkbox"/>		Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature
<input checked="" type="checkbox"/>		Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?
<input checked="" type="checkbox"/>		Perte ou prise de poids inexplicable
Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.		
<b>3. Histoire sociale</b>		
Oui	Non	Alcool
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcool
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogues récréatives
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exercice, sport et loisirs
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tabagisme
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ex-fumeur
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fumeur
Alcool : à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?		
Combien en consommez-vous ?		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? <i>2 medos par jour</i>		
Quel type d'exercice pratiquez-vous et à quelle fréquence ?		
Commentaires :		
<b>4 Examen Psychologique</b>		
Oui	Non	Avez-vous des difficultés à arrêter de vous inquiéter pour quelque chose ?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous plus de temps à vous occuper de la maison, du travail ?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des difficultés à vous endormir à cause des pensées qui vous viennent en tête ?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etes-vous souvent et sans raison à bout de nerfs ?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur une tâche ?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vous êtes en colère et tendu sans raison ?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vos amis et votre famille vous disent que vous vous inquiétez sans raison et que vous avez besoin de vous détendre ?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ressentez-vous des tensions dans les muscles de votre cou, de votre dos et autour de vos yeux ?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avez-vous remarqué que vos paumes transpirent occasionnellement, que votre cœur s'emballé ou que votre respiration est courte et superficielle ?
<b>Encerlez (0-non, 1-plus d'une demi-journée, 2-quelques jours ou 3-tous les jours) sur chaque énoncé ci-dessous :</b>		



Système de gestion  
SSEC

N° du doc. :	HSEC-FOR_031046
Version :	1.0
Révisé par :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	30/09/2024

Projet Simandou  
Formulaire d'évaluation médicale\_Nationaux  
Formulaire B5 - Professionnels de la santé

Je ne trouve plus de plaisir dans les choses que j'appréciais	0	1	2	3
J'ai des difficultés à m'endormir et je me réveille la nuit	0	1	2	3
Mon appétit a changé (je mange trop ou pas assez)	0	1	2	3
C'est difficile pour moi de me concentrer	0	1	2	3
Je suis plus inquiet qu'avant	0	1	2	3
J'ai des difficultés à me détendre	0	1	2	3
J'ai des difficultés à faire face aux responsabilités quotidiennes	0	1	2	3
J'ai des difficultés à me lier d'amitié avec les gens	0	1	2	3
Je suis maussade et rarement optimiste	0	1	2	3
Je me sens isolé(e) et seul(e)	0	1	2	3

5. Respiration/Tuberculose	Oui	Non
Toussez-vous habituellement dès le matin ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toussez-vous habituellement en journée ou la nuit ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà craché du sang ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous gêné par un essoufflement quand vous vous hâtez sur sol plat ou quand vous montez une légère pente en marchant ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuintier ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

		<b>Projet Simandou</b> <b>Formulaire d'évaluation médicale Nationaux</b> <b>Formulaire B5 - Professionnels de la santé</b>	
			
N° du doc. :	HSEC-FOR_031046	Version :	1.0
Révisé par :	Sékou Camara	Approuvé par :	Sofiane Chebil
Date d'approbation :	30/09/2024		

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 :

Agent d'exposition	Oui	Non	Date/durée de l'exposition	Protection utilisée	Oui	Non
Produits chimiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radioactivité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussière d'amiante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plomb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres poussières (silice, charbon, or, diamant)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes-vous absente du travail au cours de l'année dernière ? Dans l'affirmative, pour combien de temps et pour quels motifs ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie professionnelle ou une demande d'indemnisation en tant qu'employé ? Si oui, indiquez :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les causes de la maladie ou blessure						
Le traitement médical que vous avez suivi et/ou continuez de suivre						

N° du doc. :	HSEC-FOR_031046
Version :	1.0
Réviser :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	30/09/2024



Projet Simandou  
Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux  
Formulaire B5 - Professionnels de la santé

Continuez-vous de souffrir des effets d'une blessure ou maladie professionnelle ?

Oui  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 :

KEITA THIerno MADADOU SALIOU

Signature :

Date :

2019/10/2024



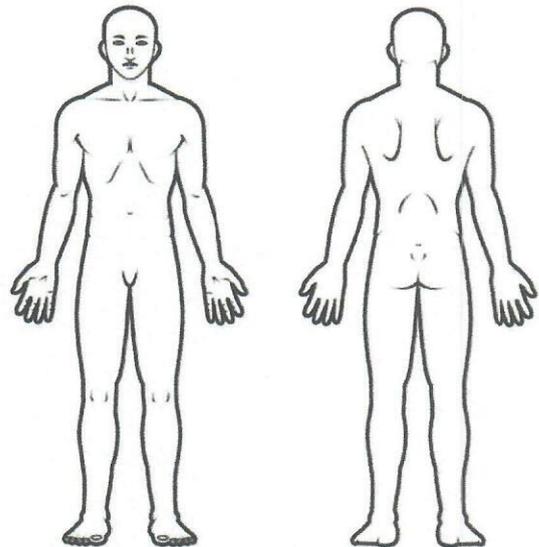
**Projet Simandou**  
**Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux**  
**Formulaire B5 - Professionnels de la santé**

**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	180	Cm	Pieds	Poids	87	Kg	Lb
IMC (indice de masse corporelle)	24,16			Température	36,5	°C	°F
Pression artérielle	133/74 mmHg			Fréquence respiratoire	20 cycles/mn		
Fréquence cardiaque	79 bpm			Rythme cardiaque	Régulier <input checked="" type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>	

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



N° du doc. :	HSEC-FOR_031046
Version :	1.0
Réviseur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	30/09/2024



**Projet Simandou  
Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux  
Formulaire B5 - Professionnels de la santé**

15. Test Romberg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Commentaires sur les constats cliniques :</b>  <i>Abdomen peu volumineux souple sans Hépatomegalie et splénomégalie palpable.</i></p>		

**EXAMEN DE LA VISION :**

Vision :	Sans lunettes		Avec lunettes
	Éloignée	Rapprochée	
Droit	6/ 08/10	6/ 09/10	6/
Gauche	6/ 08/10	6/ 09/10	6/

**5- ANALYSE EN LABORATOIRE:**

**Veillez joindre les résultats de tous 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
AgHBs	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal



## Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux Formulaire B5 - Professionnels de la santé

### 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

### 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
<b>Obligatoire :</b>			
Fièvre jaune	<input checked="" type="checkbox"/>		
Hépatite A	<input type="checkbox"/>		
Hépatite B	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Fortement recommandé :</b>			
Covid 19	<input type="checkbox"/>		
Tétanos	<input type="checkbox"/>		
Polio	<input type="checkbox"/>		
Typhoïde	<input type="checkbox"/>		
Méningococcie	<input type="checkbox"/>		
Diphthérie	<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.



Projet Simandou  
Formulaire d'évaluation médicale \_Nationaux  
Formulaire B5 - Professionnels de la santé

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 :