

74) HSEC/1029

	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031045
		Version :	1.0
		Réviseur :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024



Projet Simandou

Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux

Formulaire B3 - Travail à haut risque

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 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 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 ou envoyer un courriel à 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 : SYLLA SEYDOUBA 17/10/2024	Signature : 	Date :
--	--	--------

CONFIDENTIEL



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

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

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

Prénoms et nom	SYLLA SEYDOUBA		DDN	02/08/1992
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	CHEC			
Fonction/poste	CONDUCTEUR			
Adresse personnelle	MAFERINYAH			
Téléphone fixe		Téléphone	621639498	
Numéro de passeport/CI		Date Expiration		
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	HADJA SITA MILLIMONO		
	Téléphones	624075631		
	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"/>
2.2 Système cardiovasculaire		
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 checked="" type="checkbox"/>
Toute intervention ou opération chirurgicale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou <u>paludisme</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Problèmes oculaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Rio Tinto
SimFer

Système de gestion
SSEC

N° du doc. : HSEC-FOR_031045
Version : 1.0
Réviseur : Sékou Camara
Approuvé par : Sofiane Chebill
Date d'approbation : 30/09/2024

Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale_Nationaux
Formulaire B3 - Travail à haut risque

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Perte ou prise de poids inexplicable
Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui. <i>Hospitalisé en 2016 pour apoplexie</i>		
3. Histoire sociale		
Oui	Non	Alcool
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alcool
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Drogues récréatives
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Exercice, sport et loisirs
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tabagisme
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Jamais
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ex-fumeur
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fumeur
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 :		

4	Examen Psychologique	Oui	Non
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Avez-vous des difficultés à arrêter de vous inquiéter pour quelque chose ?	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Passer-vous plus de temps à vous occuper de la maison, du travail ?	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Avez-vous des difficultés à vous endormir à cause des pensées qui vous viennent en tête ?	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Etes-vous souvent et sans raison à bout de nerfs ?	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur une tâche ?	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Vous êtes en colère et tendu sans raison ?	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Avez-vous remarqué que vos paumes transpirent occasionnellement, que votre cœur s'emballé ou que votre respiration est courte et superficielle ?	
Encernez (0-non, 1-plus d'une demi-journée, 2-quelques jours ou 3-tous les jours) sur chaque énoncé ci-dessous :			



SimFer

Rio Tinto

Système de gestion
SSEC

N° du doc. :	HSEC-FOR_031045
Version :	1.0
Réviséur :	Sékou Camara
Approuvé par :	Sofiane Chebli
Date d'approbation :	30/09/2024

Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale_Nationaux
Formulaire B3 - Travail à haut risque

5. Respiration/Tuberculose		Oui	Non
Je ne trouve plus de plaisir dans les choses que j'appréciais			
1	2	3	0
J'ai des difficultés à m'endormir et je me réveille la nuit			
1	2	3	0
Mon appétit a changé (je mange trop ou pas assez)			
1	2	3	0
C'est difficile pour moi de me concentrer			
1	2	3	0
Je suis plus inquiet qu'avant			
1	2	3	0
J'ai des difficultés à me détendre			
1	2	3	0
J'ai des difficultés à faire face aux responsabilités quotidiennes			
1	2	3	0
J'ai des difficultés à me lier d'amitié avec les gens			
1	2	3	0
Je suis maussade et rarement optimiste			
1	2	3	0
Je me sens isolé et seul			
5. Respiration/Tuberculose			
Toussiez-vous habituellement dès le matin ?			
			<input checked="" type="checkbox"/>
Toussiez-vous habituellement en journée ou la nuit ?			
			<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà craché du sang ?			
			<input checked="" type="checkbox"/>
Sentez-vous parfois votre poitrine se serrer, ou votre respiration devenir difficile ?			
			<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 checked="" type="checkbox"/>
Votre essoufflement empire-t-il un jour quelconque ?			
			<input checked="" type="checkbox"/>
Votre poitrine vous semble-t-elle parfois siffler ou chuintier ?			
			<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 checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà subi une blessure ou opération affectant votre poitrine ?			
			<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques ?			
			<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu bronchite, pneumonie ou pleurésie ?			
			<input checked="" type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une tuberculose pulmonaire, de l'asthme ou une autre maladie respiratoire ?			
			<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 :

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				

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
Produits chimiques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez				
Bruit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vibrations	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Radioactivité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Poussière d'amiante	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Plomb	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autres poussières (silice, charbon, or, diamant)	<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 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"/>		
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 checked="" type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui		
Dans l'affirmative, indiquez les symptômes que vous continuez à ressentir :				

DECLARATION 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 1,78	Cm	Pieds	Poids	Kg 75	Lb
IMC (indice de masse corporelle)	23,7		Température	°C 36,9	°F
Pression artérielle	121/83 mmHg		Fréquence respiratoire		
Fréquence cardiaque	46 bpm		Rythme cardiaque	Régulier <input type="checkbox"/>	Irrégulier <input type="checkbox"/>

	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"/>	
Ecoulement	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	



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

15. Test Romberg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commentaires sur les constats cliniques : <i>denture incomplète.</i>		

ECG AU REPOS

Veuillez joindre le tracé ECG.

Constatations :

Normal

Anormal :

EXAMEN DE LA VISION :

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



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

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 type="checkbox"/> Négatif	<input checked="" 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: %			



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _ Nationaux
Formulaire B3 - Travail à haut risque

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"/>		
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"/>		
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.*

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 :