



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B1 - Rôles Opérationnels

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. 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.

Nom en majuscules : GBAMOU BRUNO
23/10/2024

Signature :

Date :

CONFIDENTIEL



Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire B1 - Rôles Opérationnels

Le certificat médical d'aptitude doit être envoyé par courriel à simfermedicalteam@riotinto.com

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

Prénoms et Nom	GBAMOU BRUNO		DDN	04/02/2002
Nationalité	GUINEENNE			
Employeur	CHEC			
Fonction/poste	FERRAILLEUR			
Adresse personnelle	MAFERINYAH			
Téléphone fixe		Téléphone	620281929	
Numéro de passeport/CI	XXXX	Date Expiration	XXXX	
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	SAGNO PAPA ANDRE		
	Téléphones	628606012		
	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	☐	☒
	Épilepsie ou convulsions	☐	☒
	Glaucome ou cécité	☐	☒
	Diabète sucré	☐	☒
	Cancer/hémopathie	☐	☒
	Maladie héréditaire/anomalies congénitales	☐	☒
	Maladies respiratoires (pneumonie, pneumoconiose, TB, Asthme)	☐	☒
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	☐	☒
	Vertiges, étourdissements ou titubements	☐	☒

 	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	2.0
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire B1 - Rôles Opérationnels	Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024

Traumatisme crânien, commotion cérébrale, évanouissement	☐	☒
Épilepsie ou convulsions	☐	☒
Trouble mental ou psychologique, phobie	☐	☒
2.2 Système cardiovasculaire		
Troubles cardiaques, par ex. rhumatisme articulaire, souffle au cœur, essoufflement, palpitations, douleurs thoraciques, angine de poitrine ou crise cardiaque	☐	☒
Hypertension artérielle, cholestérol élevé ou troubles circulatoires dont accident vasculaire cérébral, crampes dans les mollets lors d'un exercice physique	☐	☒
2.3 Appareil respiratoire inférieur		
Asthme, toux chronique, pneumoconiose	☐	☒
Tuberculose ou pneumonie	☐	☒
2.4 Appareil respiratoire supérieur		
Troubles oto-rhino-laryngologiques	☐	☒
Troubles auditifs ou langagiers	☐	☒
2.5 Dermatologie et système musculosquelettique		
Tumeurs malignes ou cancer	☐	☒
Troubles cutanés (psoriasis, eczéma, acné)	☐	☒
Maladie musculaire, osseuse, articulaire ou dorsale	☐	☒
2.6 Appareil urinaire et reproducteur		
Calculs rénaux ou infections urinaires	☐	☒
Problèmes prostatiques/gynécologiques	☐	☒
Êtes-vous enceinte ?	☐	☒
2.7 Organes abdominaux		
Brûlures gastriques, indigestion fréquente	☐	☒
Troubles gastriques, hépatiques ou intestinaux	☐	☒
Saignement rectal	☐	☒
2.8 Système endocrinien		
Diabète sucré	☐	☒
Maladie thyroïdienne, trouble glandulaire	☐	☒
Hémopathies (drépanocytose, thalassémie, leucémie, hémophilie)	☐	☒
2.9 Maladies infectieuses		
Hépatite B et C, VIH/IST	☐	☒
2.10 Autres		
Allergies	☐	☒
Hospitalisation pour quelque raison que ce soit	☐	☒
Toute intervention ou opération chirurgicale	☐	☒
Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme	☐	☒
Problèmes oculaires	☐	☒

	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	2.0
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire B1 - Rôles Opérationnels	Révisé :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024

Cancer, excroissance ou tumeur de toute nature		☐	☒
Pensez-vous que votre milieu de travail actuel pourrait nuire à votre santé ?		☐	☒
Perte ou prise de poids inexpliquée		☐	☒
Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.			
3. Histoire sociale		Oui	Non
Alcool		☐	☒
Drogues récréatives		☐	☒
Exercice, sport et loisirs		☒	☐
Tabagisme	Jamais	☒	☐
	Ex-fumeur	☐	☐
	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 ? <i>football marche</i>			
Commentaires :			
4 Examen Psychologique		Oui	Non
Avez-vous des difficultés à arrêter de vous inquiéter pour quelque chose ?		☐	☒
Passez-vous plus de temps à vous occuper de la maison, du travail ?		☐	☒
Avez-vous des difficultés à vous endormir à cause des pensées qui vous viennent en tête ?		☐	☒
Etes-vous souvent et sans raison à bout de nerfs ?		☐	☒
Avez-vous des difficultés à vous concentrer sur une tâche ?		☐	☒
Vous êtes en colère et tendu sans raison ?		☐	☒
Vos amis et votre famille vous disent que vous vous inquiétez sans raison et que vous avez besoin de vous détendre ?		☐	☒
Ressez-vous des tensions dans les muscles de votre cou, de votre dos et autour de vos yeux ?		☐	☒
Avez-vous des difficultés à rester assis sans faire rouler quelque chose dans vos mains, dessiner avec un stylo ou d'autres mouvements répétitifs ?		☐	☒
Avez-vous remarqué que vos paumes transpirent occasionnellement, que votre cœur s'emballe ou que votre respiration est courte et superficielle ?		☐	☒
Encerclez (0-non, 1-plus d'une demi-journée, 2-quelques jours ou 3-tous les jours) sur chaque énoncé ci-dessous :			

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	2.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire B1 - Rôles Opérationnels		

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			Date/durée de l'exposition	Protection utilisée	
	Oui	Non		Oui	Non
Produits chimiques	☐	☒		☐	☐
Si oui, précisez	☐	☒		☐	☐
Bruit	☐	☒		☐	☐
Vibrations	☐	☒		☐	☐
Radioactivité	☐	☒		☐	☐
Poussière d'amiante	☐	☒		☐	☐
Plomb	☐	☒		☐	☐
Autres poussières (silice, charbon, or, diamant)	☐	☒		☐	☐
Vous êtes-vous absenté du travail au cours de l'année dernière ? Dans l'affirmative, pour combien de temps et pour quels motifs ?				☒	
Avez-vous déjà eu une blessure ou maladie professionnelle ou une demande d'indemnisation en tant qu'employé ? Si oui, indiquez :				☒	
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 ?				☐ Oui	☒ Non

 	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	2.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire B1 - Rôles Opérationnels		

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 :

GBamou Bruno



23/10/2024

	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	2.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024



Projet Simandou

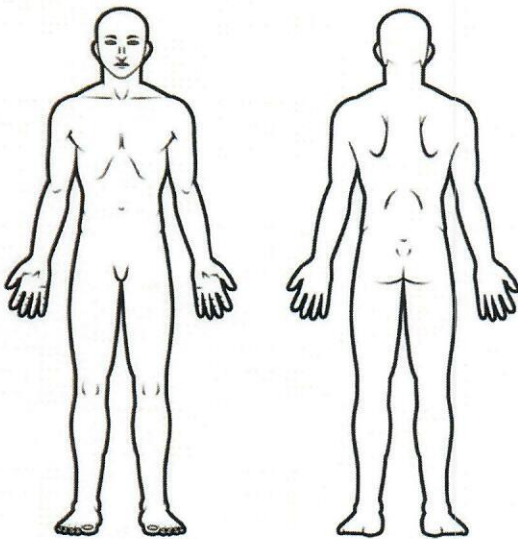
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux

Formulaire B1 - Rôles Opérationnels

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	68kg	Kg	Lb
IMC (indice de masse corporelle)	21,46			Température	36,9°	°C	°F
Pression artérielle	134 / 86			Fréquence respiratoire	22 cycles/min		
Fréquence cardiaque	73 bpm			Rythme cardiaque	Régulier ☒	Irrégulier ☐	

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

 	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	2.0
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire B1 - Rôles Opérationnels	Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024

15. Test Romberg	☒	☐
Commentaires sur les constats cliniques :		

EXAMEN DE LA VISION :

Vision :	Sans lunettes		Avec lunettes	Vision chromatique :
	Éloignée	Rapprochée		
Droit	6/ 10/10	6/ 10/10	6/	☒ Normal ☒ Rouge/vert ☐ Autre
Gauche	6/ 10/10	6/ 10/10	6/	Champs visuels : ☒ Normal ☐ Anormal

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	☐ Normal	☒ Anormal
Glycémie à jeun ou Post-prandiale	☒ Normal	☐ Anormal

	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	2.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire B1 - Rôles Opérationnels		

DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

Amphétamines	☒ Négatif	☐ Positif
Benzodiazépines	☒ Négatif	☐ Positif
Cannabinoïdes	☒ Négatif	☐ Positif
Opiacés	☒ Négatif	☐ Positif
Cocaïne	☒ Négatif	☐ Positif

RADIOGRAPHIE THORACIQUE * EN CAS D'EXPOSITION À LA SILICE/AMIANTE :

Veuillez joindre le cliché radiographique

	Normal	Anormal	Commentaires
Constatations	☐	☐	

SPIROMÉTRIE * Si indiqué comme risque professionnel potentiel

Veuillez joindre le rapport complet

	CVF	VEMS1	VEMS %
Mesuré			
Prévu			
% Prévu			
Transmettre si ration VEMS1/CVF > 70%			
Commentez en détail toutes les anomalies			

	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	2.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire B1 - Rôles Opérationnels		

AUDIOMÉTRIE * Si indiqué comme risque professionnel potentiel

Veuillez joindre l'audiogramme

	Normal	Anormal	Commentaires
Oreille gauche	☐	☐	
Oreille droite	☐	☐	
IPA : %			

Échelle de somnolence d'Epworth * Si indiqué comme risque professionnel potentiel

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

- 0 Je ne somnolerai 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				

	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC-FOR_031024
		Version :	2.0
	Projet Simandou Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux Formulaire B1 - Rôles Opérationnels	Révisé :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024

VACCINATION :

Veuillez 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.

Veuillez 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	☒		
Fortement recommandé :			
Covid 19	☐		
Hépatite A	☐		
Hépatite B	☐		
Tétanos	☐		
Polio	☐		
Typhoïde	☐		
Méningococcie	☐		
Diphtérie	☐		
Rage*	☐		

(*) 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 :