

 	Système de gestion HSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025
		Version :	1.0
	Projet de Simandou Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier	Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :

Simfer S.A., membre du groupe Rio Tinto, s'engage à protéger la santé et la sécurité de ses employés et des visiteurs de ses exploitations en Guinée. Un certificat médical est obligatoire avant tout accès aux sites de Simandou SA dans le cadre du projet Simandou.

Tous les journaliers ou toute personne affectée à une activité d'une durée inférieure de 14 jours doivent remplir cette évaluation, de préférence avec un médecin du travail. L'évaluation médicale remplie doit être soumise à simfermedicalteam@riotinto.com pour approbation. Cette évaluation médicale est valable 12 mois.

Les données personnelles demandées sur ce formulaire (vos données personnelles) comprennent des informations détaillées sur votre état de santé et sont nécessaires pour :

- déterminer si vous êtes apte à travailler sur les sites de Simfer ;
- vous prodiguer les soins médicaux appropriés si nécessaire.

Vos données personnelles seront traitées par l'équipe médicale de Simfer du projet Simandou. En cas d'anomalies médicales 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 vous faut un traitement médical urgent. Dans de telles circonstances, il peut s'avérer nécessaire de partager vos données personnelles avec la société qui vous emploie comme journalier.

Rio Tinto s'appuie sur ses intérêts légitimes pour traiter vos données personnelles, en particulier son intérêt à assurer la santé et la sécurité sur le lieu de travail. Vos données personnelles seront conservées pendant toute la durée de vos activités sur le projet Simandou, après quoi elles seront archivées pendant une période de deux ans, puis supprimées en toute sécurité.

En vertu de la norme de confidentialité des données 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 demande&C@riotinto.com

Attestation et consentement : je confirme avoir lu le présent avis de confidentialité et consens 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 : YANSANE SALIF 26-04-2024	Signature : 	Da
---	---	----

CONFIDENTIEL

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

	Système de gestion HSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025
		Version :	1.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023
	Projet de Simandou Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier		

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : à remplir par le demandeur :

Prénoms et nom	YANSANE SALIF		Date de	12/03/1990
Nationalité	GUINEENNE			
Entreprise	BETELCOM			
Fonction/poste	TECHNICIEN			
Objet du déplacement				
Adresse personnelle	MORIBADOU			
Téléphone fixe		Téléphone	620765104	
Numéro de passeport/CI	7004969/21	Date	20/11/2026	
Adresse mail				
Contact d'urgence	Nom	BANGOURA YAMOUSSA		
	Téléphones	626384219		
	Adresse			

2 - QUESTIONNAIRE SANITAIRE :

À remplir par le journalier 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 ?

2.	Antécédents médicaux	Oui	Non
2.1	Système nerveux central		
	Céphalées/migraines fréquentes ou aiguës	☒	☐
	Vertiges, étourdissements ou titubements	☐	☒
	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	☐	☒

	Système de gestion HSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025
		Version :	1.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

Projet de Simandou

Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

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/ITS		☐	☒
2.10	Autre		
Allergies		☐	☒
Hospitalisation pour quelque raison que ce soit		☐	☒
Toute intervention ou opération chirurgicale		☐	☒
Toute maladie tropicale, par ex. bilharziose ou paludisme		☒	☐
Problèmes oculaires		☐	☒
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		☐	☒
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 ?		Football 1 fois / semaine	

	Système de gestion HSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025
		Version :	1.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

Projet de Simandou

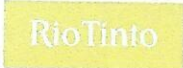
Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

Commentaires :

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

Précisez intégralement tous les points où vous avez coché Oui.

5.	Traitement médicamenteux
Veuillez indiquer le type et les doses de tous les médicaments que vous prenez actuellement.	
6.	Allergies
Veuillez indiquer si vous avez des allergies :	
Nourriture :	
Médicaments :	
Produit chimique :	
Autre :	

 	Système de gestion HSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025
		Version :	1.0
	Projet de Simandou Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier	Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023

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 :

	Système de gestion HSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025
		Version :	1.0
		Révisé par :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023



Projet de Simandou

Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier

4 - EXAMEN MÉDICAL

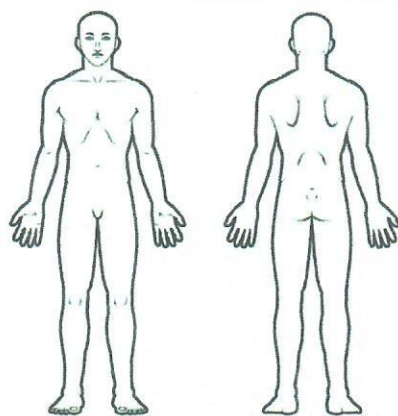
À remplir par le médecin examinateur. Un examen minutieux de tous les systèmes est demandé, et toutes les rubriques doivent être remplies.

Taille	1,81	Cm		Pieds		Poids	61	Kg		Lb		Vision rapprochée	
IMC (indice de mas	18,6					Température	°C	36,4		°F		☒ Normale	☐ Anormale
Pression artérielle	128/75					Fréquence		Normale	☒	Anormale	☐	Vision éloignée	
Fréquence cardiaque	80 bpm					Rythme		Régulier	☒	Irrégulier	☐	☒ Normale	☐ Anormale

	Normal	Anormal
Yeux	☒	☐
Oreilles, nez et gorge	☒	☐
Dents et bouche	☐	☒
Respiration	☒	☐
Cardiovasculaire	☒	☐
Abdomen	☒	☐
Musculosquelettique	☒	☐
Extrémités	☒	☐
Génito-urinaire	☒	☐

Commentaires sur les constats cliniques :

Denture cariée et incomplète



5 - ANALYSE EN LABORATOIRE :

Veuillez joindre les résultats de tout test s'ils ne figurent pas dans ce formulaire.

ANALYSE URINAIRE :

Glucose	Absence	Sang	Absence
Bilirubine	Absence	Leucocytes	Absence
Cétone	Absence	Protéine	Absence

ANALYSES SANGUINES :

Numération et formule sanguines	☐ Normal	☒ Anormal	
Glycémie à jeun	☒ Normal	☐ Anormal	

 	Système de gestion HSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031025		
		Version :	1.0		
	Projet de Simandou Formulaire d'évaluation médicale_Employé journalier				
				Révisé par :	Sékou Camara
				Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	12/11/2023		

Urée	☒ Normal	☐ Anormal
Créatinine	☒ Normal	☐ Anormal
SGOT/SGPT	☒ Normal	☐ Anormal

RADIOGRAPHIE THORACIQUE :

Veuillez joindre le cliché radiographique

Constatations :
☐ Normal
☐ Anormal :

RÉPUBLIQUE DE GUINÉE
Carte Nationale d'Identité

N° 311311021013415
 Nom YANSANE
 Prénoms SALIF
 Sexe M
 Né(e) le 12/03/1990
 à CONAKRY
 de ABOUBACAR
 et de TOURE MAMA
 Profession SOUDEUR
 Signature 



Résidence N'ZEREKORE
 N'ZEREKORE CENTRE/KOLEYBA I 7004969/21
 Taille 1,70m Teint NOIR Cheveux NOIRS
 Signes particuliers VOIR PHOTO
 Fait le 20/11/2021 à N'ZEREKORE
 Validité 20/11/2026

Signature de l'Autorité  Empreinte 

RÉPUBLIQUE DE GUINÉE
TIMBRE FISCAL
2000 FRANCS
 405304102