MN/SOMAF/1

RioTinto SimFer	Système de gestion SSEC	N° du doc. :	HSEC_FOR_031044
		Version :	1.0
		Réviseur :	Sékou Camara
		Approuvé par :	Sofiane Chebli
		Date d'approbation :	30/09/2024

Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire A1 - Rôles non 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 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 : TRAORE FODE	Signature :	Date
16/10/2024		

CONFIDENTIEL

Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

Projet Simandou
Formulaire d'évaluation médicale _Nationaux
Formulaire A1 - Rôles non Opérationnels

Le certificat médical d'aptitude 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	TRAORE FODE	DDN	05/12/1990
Nationalité	GUINEENNE		
Employeur	SOMAF-SARL		
Fonction/poste	RESPONSABLE HSE		
Adresse personnelle	NIONSOMORIDOU		
Téléphone fixe		Téléphone	620382870
Numéro de passeport/CI	000653133	Date Expiration	22/07/2026
Adresse mail			
Contact d'urgence	Nom	FOFANA DOUBANI	
	Téléphone	628553437	
	Adresse		

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

Tous droits réservés © Rio Tinto

	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	☒	☐

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.

Flou visuel droit depuis l'enfance.

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 ? Course 02 fois/semaine.

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 chuinter ?		☐	☒
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 ?		☐	☒

Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

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 :	

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 :				☐	☒

Tous droits réservés © Rio Tinto

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
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 :

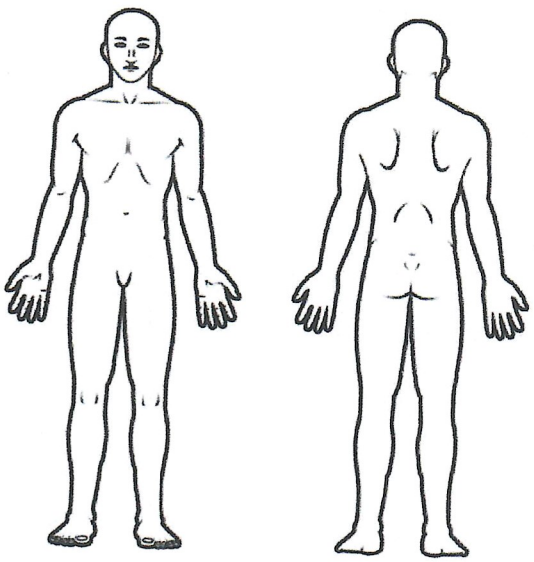
Tous droits réservés © Rio Tinto
POUR USAGE INTERNE UNIQUEMENT

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 165	Cm	Pieds	Poids 77	Kg	Lb
IMC (indice de masse corporelle) 28,3			Température 36,5	°C	°F
Pression artérielle 128/83mmHg			Fréquence respiratoire 16 cycles/min		
Fréquence cardiaque 75 pulsations/min			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	☐	☒
Ecoulement	☒	☐
5. Nez	☒	☐
6. Gorge	☒	☐
7. Dents et bouche	☐	☒
8. Respiration	☒	☐
9. Cardiovasculaire	☒	☐
10. Abdomen	☒	☐
Sites herniaires	☒	☐
11. Génito-urinaire	☒	☐
12. Extrémités	☒	☐



Commentaires sur les constats cliniques :

Cliniquement on note l'exotropie de l'oeil droit.
Denture incomplète et carie.

EXAMEN DE LA VISION :

Vision :	Sans lunettes		Avec lunettes	Vision chromatique :
	Éloignée	Rapprochée		☐ Normal ☐ Rouge/vert ☐ Autre
Droit	6/ 3/10	6/ 3/10	6/	Champs visuels :
Gauche	6/ 3/10	6/ 3/10	6/	☐ Normal ☐ Anormal

DÉPISTAGE URINAIRE DES DROGUES :

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

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.

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	☐		
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 :