



CICR

Edoardo GIRARDI

**Important**

**POUR OPTIMISER LA GESTION DU DOSSIER MEDICAL :**

- ✓ Vérifier que le dossier est complet (y compris les vaccins) avant envoi
- ✓ Indiquez de façon lisible votre adresse e-mail privée

**Pour le suivi du dossier médical après envoi et/ou demande de renseignements administratives, veuillez contacter HR Shared Services :**

HRSharedServices <hrsharedservices@icrc.org>

# ANNEX I \_ RISQUE COVID

## Catégories de personnes vulnérables

En précisant les catégories de personnes vulnérables, RH\_COE\_SAN tient compte de l'état actuel des connaissances scientifiques et des évaluations des sociétés médicales suisses. Selon l'état actuel de la science, seules certaines catégories d'adultes sont particulièrement vulnérables à une infection par le SARS-CoV-2. Les critères ci-après concernent uniquement les adultes.

<b>I. Les personnes d'âge ≥ 62 ans peuvent être déployés sur un nombre limité de sites identifiés par le CICR.</b>	
<b>II. Les femmes enceintes</b>	
<b>III. Les adultes atteints d'une des maladies suivantes :</b>	
<b>1. Hypertension artérielle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypertension artérielle avec atteinte d'organes cibles</li> <li>- Hypertension artérielle résistante au traitement</li> </ul>
<b>2. Maladies cardiovasculaires (critères généraux)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients ayant une dyspnée de classe fonctionnelle NYHA II-IV et NT-Pro BNP &gt; 125 pg/ml</li> <li>- Patients ayant au moins 2 facteurs de risques cardiovasculaires (dont du diabète ou de l'hypertension artérielle)</li> <li>- Antécédent d'attaque cérébrale et/ou vasculopathie symptomatique</li> <li>- Insuffisance rénale chronique (stade 3, DFG &lt;60ml/min)</li> </ul>
<b>2.1 Maladie coronarienne</b>	<p>Infarctus du myocarde (STEMI et NSTEMI) au cours des 12 derniers mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndrome coronarien chronique symptomatique malgré un traitement médical (indépendamment de toute revascularisation préalable)</li> </ul>
<b>2.2 Maladie des valves cardiaques</b>	<p>Sténose modérée ou sévère et/ou régurgitation associée à au moins un critère général</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tout remplacement valvulaire chirurgical ou percutané associé à au moins un critère général</li> </ul>
<b>2.3 Insuffisance cardiaque</b>	<p>Patients ayant une dyspnée de classe fonctionnelle NYHA II-IV ou NT-Pro BNP &gt; 125pg/ml malgré un traitement médical de toute FEVG (ICFEP, ICPEI, ICFER)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiomyopathie de toute origine</li> <li>- Hypertension artérielle pulmonaire</li> </ul>
<b>2.4 Arythmie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibrillation atriale avec un score CHA2DS2-VASc d'au moins 2 points</li> <li>- Implantation préalable d'un stimulateur cardiaque (y c. implantation d'un appareil d'ICD et/ou de CRT) associée à un critère général</li> </ul>
<b>2.5 Adultes atteints d'une maladie cardiaque congénitale</b>	<p>Maladie cardiaque congénitale selon l'évaluation individuelle par le cardiologue traitant</p>

# 1. STANDARDS MÉDICAUX pour le personnel du CICR et FEU VERT médical

Seules les conditions médicales rendant impossible l'accomplissement des tâches essentielles d'une fonction ou mettant en danger la sécurité ou la santé du personnel seront considérées comme rédhitoires. Il est important de savoir que les missions du CICR se déroulent fréquemment dans des lieux isolés et éloignés, et que toute incapacité à être déployé dans ce type de contexte empêchera de facto l'obtention d'une autorisation médicale.

Le médecin-Conseil du CICR et le Centre d'Expertise pour la Santé du Personnel recommandent que certaines conditions médicales soient considérées avec une attention particulière. En effet, dans la plupart des contextes où le CICR opère, les soins médicaux nécessaires peuvent ne pas être disponibles, l'accès aux soins peut être très limité voire absent, et un déploiement dans ces conditions pourrait mettre en danger la vie du personnel présentant ces problématiques médicales. Elles sont les suivantes :

1. Indice de masse corporelle (IMC) > 32 kg/m <sup>2</sup> ou < 16.5 kg/m <sup>2</sup> au recrutement, et > 35 kg/m <sup>2</sup> ou <16.5 kg/m <sup>2</sup> lors des missions ultérieures
2. Asthme avec antécédent d'hospitalisation et/ou recours à un traitement par corticostéroïde oral
3. Toute pathologie respiratoire limitant la capacité fonctionnelle
4. Pathologies cardio-vasculaires : <ul style="list-style-type: none"><li>• Hypertension artérielle non-contrôlée</li><li>• Infarctus du myocarde récent (&lt; 1 année)</li><li>• Pacemaker</li><li>• Intervention pour revascularisation coronarienne récente (&lt; 1 année)</li><li>• Toute pathologie cardiaque symptomatique</li></ul>
5. Diabète non-contrôlé (HbA1c >7.5 %) ou insulino-requérant
6. Infection VIH symptomatique et/ou CD4 <500/mm <sup>3</sup>
7. Antécédent d'épilepsie (à annoncer même si le traitement a été interrompu)
8. Traitement anticoagulant
9. Hypothyroïdie post-thyroïdectomie totale
10. Traitement oncologique en cours
11. Toute pathologie nécessitant la prise d'un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur
12. Traitement en cours d'une hépatite B avec interféron
13. Antécédent de trouble psychiatrique nécessitant ou ayant nécessité une hospitalisation, un suivi régulier ou un traitement au long cours (>6 mois)
14. Toute problématique nécessitant la prise régulière d'un traitement anxiolytique ou de somnifères
15. Antécédent d'allergie avec anaphylaxie (les types II-III et IV doivent être annoncés)
16. Toute condition limitant la capacité à se mobiliser rapidement et de manière indépendante (par exemple descendre des escaliers en courant en cas d'évacuation urgente)
17. Facteurs de risque COVID 19 : Le CICR prend en considération le risque imposé par la pandémie COVID 19 pour son personnel déployé sur le terrain. Les conditions médicales énumérées à l'ANNEXE 1 ont été reconnues comme des facteurs de risque de développer une forme sévère de COVID-19 en cas d'infection par le SARS -CoV-2. <b>Les employés de plus de 62 ans peuvent être déployés sur un nombre limité de sites identifiés par le service de santé du personnel du CICR.</b>

Ces recommandations générales s'appliquent à l'ensemble du personnel. La liste ci-dessus n'est pas exhaustive. La décision médicale finale incombe au médecin-conseil du CICR.

Si le médecin traitant, le représentant de la Société Nationale ou le/la candidat-e le souhaite, il est possible de discuter avec le Centre d'Expertise pour la Santé du personnel en envoyant un message à : [gva\\_hr\\_medical@icrc.org](mailto:gva_hr_medical@icrc.org)

### 3. CERTIFICAT MÉDICAL

**DONNÉES PERSONNELLES** (Toutes les sections doivent être dûment remplies, faute de quoi le formulaire sera refusé.)

Nom : GIRARDI N° de matricule : 64459  
Prénom : ODARDO Date de naissance : 15/07/1984  
Téléphone : 139 329813700k E-mail privé : ODARDO.GIRARDI@GMAIL.COM  
Je vais faire des missions terrain (entourer oui ou non)  OUI NON  
Fonction : DELEGUE P.L.F.

Préciser si chirurgien-ne, anesthésiste, infirmière de bloc ou sage-femme.

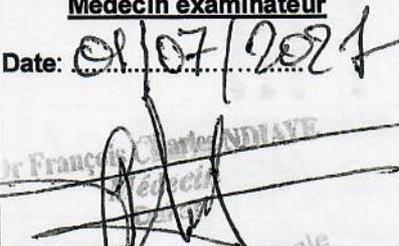
#### Motif de la visite médicale

- Viste de recrutement en vue d'une mission sur terrain  
 Visite de recrutement d'un membre du personnel du siège (pas de mission à l'étranger et aucun vaccin demandé)  
 Visite annuelle ou avant un nouveau départ en mission :  
Lieu d'affectation MEKELE (dès le) 15/07/2021 durée de la mission 4 mois  
 Visite de retour de mission :  
Lieu d'affectation ..... (dès le) ..... durée de la mission .....  
 Mission d'exposition (contrat résident) E-mail Manager RH/Administrateur.....@icrc.org  
 Visite mission courte d'un membre du personnel du siège  
 Visite 40 – 49 ans (tous les 5 ans)  
 Visite 50 ans et plus (tous les 3 ans)

#### AVIS DU MÉDECIN EXAMINATEUR (à compléter par le médecin examinateur)

La décision finale quant à l'aptitude à partir en mission appartient néanmoins au médecin-conseil du CICR.

- Apte à partir en mission pour le CICR  
 Inapte à partir : (incapacité de travail de..... %  
du ..... au .....)

Médecin examinateur	À envoyer à	Médecin-conseil du CICR
Date: <u>01/07/2021</u>  Tampon/signature (le nom et le n° de téléphone doivent être écrits lisiblement) Assistance Médicale 3 Avenue des Ambassades 1202 Genève, Suisse Tél. +41 22 717 7171	D <sup>r</sup> Diego Araoz Médecin-conseil du CICR Rue de la Fontenette 29 CH - 1227 CAROUGE E-mail <a href="mailto:araoz.icrc@vtxnet.ch">araoz.icrc@vtxnet.ch</a>	Date/tampon/signature :

## 5. CHECK-LIST DES VACCINS REQUIS à transmettre au médecin-conseil du CICR

À compléter par le médecin examinateur sur la base des informations contenues dans le certificat international de vaccination du patient ou une preuve d'immunité<sup>1</sup>

### Obligatoires quelle que soit la destination

Tous les vaccins doivent avoir une validité d'au moins 12 mois à partir de la date de début de mission

<u>Maladie visée</u>	<u>Date de la vaccination</u>	<u>Validité de la vaccination</u>
<b>Fièvre jaune</b> > 1 dose offre une protection à vie. Rappel tous les 10 ans obligatoires pour les voyageurs fréquents. Un maximum de 2 doses est recommandé pour les adultes..	1 <sup>re</sup> dose : 06/12/2016 2 <sup>e</sup> dose :	A vie
<b>Diphtérie :</b> > 1 dose tous les 10 ans	14/12/2015	12/2015
<b>Tétanos :</b> > 1 dose tous les 10 ans	14/12/2015	12/2015
<b>Poliomyélite :</b> > 1 dose chez l'adulte après la primo-vaccination (un rappel après 10 ans est recommandé, mais n'est pas obligatoire)	06/12/2016	12/2016
<b>Hépatite A :</b> > 2 doses minimum	1 <sup>re</sup> dose : 14/12/2015 2 <sup>e</sup> dose : 06/12/2016	
<b>Hépatite B :</b> > 3 doses minimum	1 <sup>re</sup> dose : 07 et 08/1996 2 <sup>e</sup> dose : 01/1997 3 <sup>e</sup> dose : 12/2016	
<b>Fièvre typhoïde :</b> > 1 dose tous les 3 ans	03/10/2019	10/2022
<b>Rage :</b> > 2 doses à au moins une semaine d'intervalle > Rappel tous les 10 ans (un rappel un an après la primo-vaccination est recommandé, mais n'est pas obligatoire)	1 <sup>re</sup> dose : 13/12/2016 2 <sup>e</sup> dose : 20/12/2016 Rappel : 04/12/2018	
<b>Rougeole – Oreillons – Rubéole :</b> > 2 doses à au moins 4 semaines d'intervalle pour les personnes nées après 1963 ou sans évidence d'immunité <sup>1</sup>	1 <sup>re</sup> dose : 23/10/1985 2 <sup>e</sup> dose : 05/04/2018	

### Obligatoires selon la destination

<b>Méningite à méningocoques ACWY :</b> > Mission d'un mois ou plus en Afrique sub-saharienne	31/03/2020	07/2021
<b>Encéphalite japonaise</b> > Mission d'un mois ou plus en Asie du Sud-Est <sup>2</sup>	1 <sup>re</sup> dose : 05/04/2018 2 <sup>e</sup> dose : 03/05/2018	Mai 2020

<sup>1</sup> Preuve d'immunité = carnet de vaccination, anamnèse d'une maladie documentée par un médecin ou un laboratoire.

<sup>2</sup> Mission de 1 mois ou plus au Bangladesh, Cambodge, Chine, Corée du Nord, Corée du Sud, Inde, Indonésie, Japon, Laos, Malaisie, Myanmar, Népal, Pakistan, Papouasie Nouvelle Guinée, Philippines, Sri Lanka, Singapour, Thaïlande, Timor ou Vietnam

- c) Avez-vous déjà pris des médicaments pour le traitement d'un trouble mental ? 2  
 Si oui, quand, lesquels et pendant combien de temps ?  
 .....
- d) Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants ou des médicaments psychotropes ? 2  
 Si oui, lesquels ? .....  
 Quand pour la dernière fois ? .....
- e) Avez-vous déjà suivi un régime particulier ? 2  
 Si oui, quand et lequel ? .....
- f) Êtes-vous fumeur-se ? 2  
 Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?  
 .....
5. a) Avez-vous déjà été soigné-e dans un hôpital ou un autre établissement spécialisé (pour une dépression ou autres affections psychiatriques, pour un excès d'alcool ou de drogue) ? 2  
 Si oui, quand et pourquoi ?  
 .....
- b) Prenez-vous des médicaments contre l'asthme ? 2  
 Si oui, lesquels et à quelle fréquence ? .....
- c) Avez-vous déjà été hospitalisé-e pour cause d'asthme ? 2  
 Si oui, en quelle année ? .....
- d) Avez-vous déjà eu une réaction allergique ayant nécessité une hospitalisation ou de l'adrénaline ? 2  
 Si oui, quand et veuillez la décrire .....
- e) Devez-vous être hospitalisé-e prochainement ? 2  
 Si oui, quand et pourquoi ? .....
6. Vous a-t-on prescrit durant un certain temps des médicaments pour le cœur ou la circulation, contre l'hypertension ou l'asthme, des médicaments psychotropes, des hormones (insuline) ou tout autre médicament (immunosuppresseurs, etc.) ? 2  
 Si oui, lesquels, quand et pourquoi ?  
 .....
7. Avez-vous subi un examen radiologique du thorax, du tube digestif, des voies urinaires ou d'un autre organe ? 8  
 Si oui, quand, pourquoi et par quel médecin ?  
 2015, Rx du thorax au-déploiement  
 en Cambodge  
 Quel en a été le résultat ? PAS

15. Pour les femmes :
- a) Êtes-vous enceinte ? De combien de mois ? .....  
 Votre grossesse se déroule-t-elle normalement ? .....
- b) Avez-vous déjà présenté une affection gynécologique ou des seins ou un test de Papanicolaou (PAP) positif ? .....

16. Si vous avez répondu par **OUI** à l'une des questions 9 à 15, veuillez préciser de quelle affection il s'agit, la date, la durée, si vous êtes guéri-e et si des séquelles sont probables. Veuillez également indiquer le nom et l'adresse actuelle du (ou des) médecin(s) concerné(s) :

Intervention chirurgicale à l'orteil  
 Dentiste : visite de routine

17. Êtes-vous capable de descendre les escaliers en courant ? ... **Y** .....

18. Qui est votre médecin habituel (adresse exacte) ? Quel autre médecin vous a soigné-e ou conseillé-e, quand et pour quelle maladie ?

DR. TERESA DELLA PIGRA  
 VIA PUCCINI 15, 21100 VARESE (VA)  
 ITALIE

Je soussigné-e, autorise le Dr Araoz à communiquer des éléments de mon dossier médical au médecin de garde de RH\_COE\_SAN en cas d'enlèvement, de maladie mettant en jeu mon pronostic vital ou de situation où ma capacité de discernement serait altérée.

Je certifie avoir répondu aux questions ci-dessus de manière exacte et exhaustive. En cas de dissimulation ou de déclaration inexacte, je m'engage à assumer les conséquences morales et matérielles et à prendre en charge les frais médicaux, d'hospitalisation ou de rapatriement. Dans un tel cas, le CICR se réserve le droit de résilier mon contrat de manière anticipée. J'autorise mon médecin à donner au médecin-conseil du CICR tous les renseignements nécessaires à l'appréciation des problèmes médicaux me concernant.

Lieu et date : **DAKAR, 01/07/2021**

Signature du personnel CICR : **DM**

À envoyer sous pli fermé ou par e-mail au :

**Dr. Diego ARAOZ**  
**Médecin-conseil du CICR**  
**Rue de la Fontenette 29**  
**CH - 1227 CAROUGE**  
 E-mail : [araoz.icrc@vtxnet.ch](mailto:araoz.icrc@vtxnet.ch)

**DR PAPA ALASSANE DIAW**

 Pharmacien Biologiste  
 CES d'Hématologie - Immunologie  
 CES de Biochimie  
 CES de Parasitologie - Mycologie  
 CES de Bactériologie - Virologie

Prélevé le 29/06/21

Echantillon recueilli par le Laboratoire à 10h49

Code-Patient : 0345453 DDN: 15/07/1984 (36 ans /M) D

Edité le 29/06/21 à 15H53

**M GIRARDI AOARDO**

 Code Dossier : **2106329035**

Prescripteur. : Sans Prescription Médicale

**HEMATOLOGIE**

Valeurs de référence

Antérieurs

**HEMOGRAMME**

(XN-1000 SYSMEX/Sang Total EDTA) 16/02/2017

**NUMERATION ET CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES**

Hématies :		4.970.000 /mm <sup>3</sup>	4.500.000 à 5.500.000
Taux d'Hémoglobine :	14,80 g/dL		12,00 à 16,00
Taux d'Hématocrite :	43,8 %		37,0 à 47,0
V.G.M. :	88,10 fL		80,00 à 99,00
C.C.M.H. :	33,8 g/dL		32,0 à 36,0
T.C.M.H. :	29,8 pg		27,0 à 32,0

 Morphologie : *Normale*
**NUMERATION ET FORMULE LEUCOCYTAIRE**

Leucocytes :		7.140/mm <sup>3</sup>	4.000 à 8.000
Polynucléaires neutrophiles :	40 %	2856 /mm <sup>3</sup>	2 000 à 7 000
Polynucléaires éosinophiles :	6 %	428 /mm <sup>3</sup>	inf. à 500
Polynucléaires basophiles :	1 %	71 /mm <sup>3</sup>	inf. à 300
Lymphocytes :	47 %	3356 /mm <sup>3</sup>	1 500 à 5 000
Monocytes :	6 %	428 /mm <sup>3</sup>	inf. à 1 000
Erythroblastes (NRBC) :	0 %		inf. à 2

 Morphologie : *Normale*
**PLAQUETTES**

Numération des Plaquettes :		295.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 à 450.000
Volume Plaquettaire Moyen :	10,7 fL		9,0 à 17,0
Plaquettoctrite :	0,31 %		0,17 à 0,35
Platelet Large Cell Ratio :	31,4 %		13,0 à 43,0

 Morphologie : *Normale*

Réimpression complète

**DR-PAPA-ALASSANE DIAW**

# CONTRÔLES MÉDICAUX DU PERSONNEL CICR \*

Version Anglaise

Le CICR a prévu que son personnel bénéficie de contrôles médicaux à différentes occasions. Pour ce faire, il leur remet ce dossier constitué des chapitres suivants :

1. Standards médicaux pour le personnel du CICR et feu vert médical
2. Examens exigés et montants pris en charge par le CICR
3. Certificat médical et examens complémentaires signée par le médecin examinateur
4. Anamnèse et examens signée par le médecin examinateur
5. Check-list des vaccins requis
6. Questionnaire médical (à remplir par l'employé)

Le Dr Araoz doit recevoir votre dossier médical complet au moins 30 jours avant la date de début de votre mission. Les formulaires doivent impérativement être remplis en anglais ou en français, à l'encre ou au stylo noir et d'une écriture lisible. Tout dossier incomplet ou illisible sera rejeté.

Dr. Diego Araoz  
Médecin-conseil du CICR  
29, rue de la Fontenette  
CH - 1227 CAROUGE  
E-mail : [araoz.icrc@vtxnet.ch](mailto:araoz.icrc@vtxnet.ch)

- Si vous envoyez votre dossier par courriel, la pièce jointe doit être un document unique contenant l'ensemble des pages requises. Les dossiers électroniques supérieurs à 5 Mb seront rejetés.

Le Dr Araoz transmettra sa décision sur votre aptitude, sur le plan médical, à partir en mission, directement au CICR (feu VERT médical). Il informera le personnel concerné uniquement en cas d'inaptitude (feu ROUGE médical). Le dossier médical sera conservé à son cabinet.

En l'absence de feu vert médical, pour quelque raison que ce soit, y compris en cas de dossier médical incomplet ou envoyé trop tard par le médecin traitant, **votre mission ou contrat peuvent être annulés**. Dans ce cas, vous serez responsable de la prise en charge des coûts additionnels (par exemple frais d'hôtel, modification du billet d'avion ou de l'itinéraire, etc.).

Le feu vert médical a une validité de 12 mois et doit obligatoirement être encore valable au moins 3 mois avant un départ en mission, à condition qu'aucun problème médical ne soit survenu depuis son obtention.

\* Le terme "personnel du CICR" concerne également les candidat-e-s au moment du recrutement.

<p><b>3. Maladies respiratoires chroniques</b></p>	<p>Maladies pulmonaires obstructives chroniques, stades II-IV de GOLD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emphysème pulmonaire</li> <li>- Asthme bronchique non contrôlé, notamment sévère</li> <li>- Maladies pulmonaires interstitielles</li> <li>- Cancer actif des poumons</li> <li>- Hypertension artérielle pulmonaire</li> <li>- Maladie vasculaire pulmonaire</li> <li>- Sarcoïdose active</li> <li>- Fibrose kystique</li> <li>- Infections pulmonaires chroniques (mycobactérioses atypiques, bronchectasies, etc.)</li> <li>- Patients sous assistance respiratoire</li> </ul>
<p><b>4. Maladies/traitements qui affaiblissent le système immunitaire</b></p>	<p>Immunosuppression sévère (p. ex. CD4+ &lt; 200/µl)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neutropénie ≥ 1 semaine</li> <li>- Lymphocytopénie &lt; 0.2x10<sup>9</sup>/L</li> <li>- Immunodéficiences héréditaires</li> <li>- Prise de médicaments qui répriment les défenses immunitaires (p. ex. prise de glucocorticoïdes, d'anticorps monoclonaux, de cytostatiques, etc.)</li> <li>- Lymphomes agressifs (tous les types)</li> <li>- Leucémie lymphatique aiguë</li> <li>- Leucémie myéloïde aiguë</li> <li>- Leucémie aiguë promyélocytaire</li> <li>- Leucémie proliférative T</li> <li>- Lymphome primitif du système nerveux central</li> <li>- Transplantation de cellules souches</li> <li>- Amyloïdose (amyloïdose à chaînes légères [AL])</li> <li>- Anémie aplasique sous traitement immunosuppresseur</li> <li>- Leucémie lymphatique chronique</li> <li>- Asplénie / splénectomie</li> <li>- Myélome multiple</li> <li>- Drepanocytose</li> </ul>

## 2. EXAMENS EXIGÉS ET MONTANTS PRIS EN CHARGE PAR LE CICR

Le CICR exige l'examen clinique, les examens complémentaires et les vaccins obligatoires spécifiés dans ce document uniquement dans les situations suivantes (voir tableau) :

1. Recrutement.
  2. Recrutement pour le personnel basé au siège n'effectuant pas de mission à l'étranger.
  3. Check-up annuel avant un départ et/ou au retour d'une mission.
  4. Check-up annuel pour le personnel du siège envoyé régulièrement en missions courtes à l'étranger.
  5. Les chirurgien-ne-s, les anesthésistes, les instrumentistes et les sages-femmes travaillant dans des structures médicales doivent se soumettre aux tests suivants : anticorps VIH, anticorps hépatite C, AgHBs. Ces tests devraient être répétés annuellement.
  6. Contrôle facultatif – recommandé à tout le personnel et pris en charge par le CICR
    - entre 40 et 49 ans : tous les 5 ans
    - 50 ans et plus : tous les 3 ans.
- Les analyses doivent être effectuées dans les 2 mois qui précèdent la date de départ sur le terrain.
- Le/La candidat-e règlera lui-/elle-même les factures médicales avant de demander le remboursement au CICR. Il/Elle enverra les factures originales via ESS (employee self-service).
- Le CICR encourage le personnel à suivre les recommandations internationales concernant le dépistage du cancer. Les coûts y afférents ne sont pas remboursés par le CICR. Le personnel peut toutefois prendre contact avec son assurance maladie pour savoir dans quelle mesure celle-ci peut lui rembourser ces frais.

**La prise en charge est limitée aux tarifs qui figurent sur le tableau. Le CICR ne remboursera pas les prestations supplémentaires qu'il n'a pas lui-même explicitement requises.**

EXAMENS	OBLIGATOIRE SI "x"					Conseillé mais pas obligatoire	Montants Francs suisses
	Situations						
	1	2	3	4	5		
Consultation et examen médical	x	x	x	x		x	140.-
Hémogramme avec répartition des leucocytes	x	x	x	x		x	20.-
ALT	x	x				x	10.-
Créatinine	x	x				x	10.-
Cholestérol total et HDL	x	x				x	20.-
Glycémie à jeun	x	x				x	10.-
Test VIH	x						50.-
Ac VIH, AgHBs, Ac VHC					x		25.-, 110.-, 90.-
Examen ophtalmologique						x	/
Prophylaxie contre la malaria (afin de couvrir la première semaine de mission)	x		x				50.-
Vaccins demandés par le CICR	x		x	x			Selon factures originales

Tests optionnels (faits à la demande du personnel et remboursés par le CICR) :

- a) Ac VIH.
- b) Test à la tuberculine ou test sanguin pour le diagnostic de la tuberculose latente.
- c) Un dépistage sérologique pour la schistosomiase est hautement recommandé au personnel qui peut avoir été en contact avec de l'eau douce contaminée et qui reviennent des pays/régions suivants : l'ensemble du continent africain sauf le Maroc ; le Brésil, le Surinam et le Venezuela ; l'Arabie saoudite, le Yémen, Oman, l'Irak et l'Iran ; la Chine, le Laos, le Cambodge et les Philippines. Un résultat positif peut entraîner des examens complémentaires qui ne seront pas pris en charge par le CICR, mais par l'assurance Lloyd's. (Montant : 90.- francs suisses).

## 4. ANAMNÈSE ET EXAMEN MÉDICAL CONFIDENTIEL

À transmettre au médecin-conseil du CICR

### 1. ANTÉCÉDENTS ET AFFECTION ACTUELLE, S'IL Y EN A :

TABAC :  OUI  NON si oui, combien de cigarettes par jour ?.....

CONSOMMATION D'ALCOOL  OUI  NON

FRÉQUENCE DE CONSOMMATION D'ALCOOL : combien par jour ? .....<sup>1 verre</sup>  
combien de jours par semaine ? .....<sup>3</sup>.....

2. EXAMEN PHYSIQUE :	N = NORMAL	REMARQUES
EXAMEN GÉNÉRAL (yeux, oreilles, peau, ganglions, thyroïde)	N	Poids : <sup>70</sup> kg Taille : <sup>179</sup> cm  BMI :
EXAMEN CARDIO-RESPIRATOIRE (cœur, thorax, vaisseaux sanguins)	N	Tension artérielle <sup>125/77</sup> Fréquence cardiaque <sup>65</sup>
EXAMEN ABDOMINAL ET DES LOGES RÉNALES	N	
EXAMEN OSTÉOARTICULAIRE EXAMEN NEUROLOGIQUE	N	
3. SANTE MENTAL	N	
4. AUTRE DIAGNOSTIC et TRAITEMENT ACTUEL (y compris contraceptif oral et traitement préventif)	/	
5. RISQUE COVID : Je certifie que le patient examiné ne présente aucune des conditions de risque COVID 19 (voir ANNEX I)	Aucun Risque	<b>Médecin examinateur</b> Date: ..... <sup>07/07/2021</sup> .....  Tampon/signature (le nom et le n° de téléphone doivent être écrits lisiblement)

**Recommandé:**

- ✓ Vaccination annuelle contre la grippe saisonnière (exposition aux rassemblements de masse)
- ✓ Poliomyélite : rappel tous les dix ans après la primo-vaccination et le vaccin chez l'adulte, selon les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique
- ✓ Rage : rappel un an après la primovaccination, selon les recommandations de l'Office fédéral de la santé publique

**6. QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL**

**À transmettre au médecin-conseil du CICR**

1. a) Nom et prénom (pour les femmes mariées, nom de jeune fille) :  
..... GIRARDI ODOARDO .....
- b) Date de naissance : ..... 15/07/1966 .....
- c) Profession (et / ou occupation accessoire ou antérieure) : ..... CICR .....
- d) Adresse actuelle : ..... DAKAR (SENEGAL) .....
- e) Date et lieu du dernier séjour sur un autre continent :  
..... 25/06/2021, ITALIE .....

**VEUILLEZ RÉPONDRE PAR OUI OU NON AUX QUESTIONS SUIVANTES**

2. Vous a-t-on déclaré-e inapte au service militaire ? ..... 2  
Si oui, quand et pourquoi ? .....
3. a) Souffrez-vous actuellement d'une maladie ? ..... 2  
b) Votre capacité de travail est-elle réduite ? ..... 2  
c) Avez-vous été, durant ces cinq dernières années, incapable de travailler pendant plus de 4 semaines ? ..... 2  
Si oui, quand et pourquoi ? .....
4. a) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? ..... X  
Si oui, lesquelles ? Combien par jour ? ..... Bières et vins, un verre par jour .....
- b) Prenez-vous régulièrement des médicaments ? ..... 2  
Si oui, lesquels et à quelle fréquence ? .....

8. Vous a-t-on fait un électrocardiogramme, un électroencéphalogramme, un scanner, une IRM, une échographie ou tout autre examen spécialisé ?  
Si oui, chez qui, pour quelle raison et quel en a été le résultat ?  
..... Pour d'activité sportive ..... X
9. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des maladies suivantes :
- a) Asthme bronchique, pneumonie, tuberculose pulmonaire ou autre maladie des organes respiratoires ? ..... 2
  - b) Palpitation, syncope, angine de poitrine, anomalie cardiaque, hypertension, varices ou autre maladie du système cardio-vasculaire ? ..... 2
  - c) Maux de tête, insomnies, vertiges, nervosités, épilepsie, migraines, dépression ou autre trouble du système nerveux ou à caractère psychique ? ..... 2
  - d) Troubles de l'estomac ou des intestins, maladie du foie ou autre maladie de l'appareil digestif ? ..... 2
  - e) Troubles de l'ouïe ou autre maladie des oreilles ? ..... 2
  - f) Troubles de la vue ou autre maladie des yeux ? ..... 2
  - g) Rhumatisme, affection de la colonne vertébrale (e.g. hernie discale) ou autre trouble des os et des articulations ? ..... 2
  - h) Eczéma ou autre maladie de la peau ? ..... 2
  - i) Prostatite, cystite ou autre maladie du système urogénital ? ..... 2
  - j) Syphilis ou autre maladie sexuellement transmissible ? ..... 2
  - k) Symptômes permanents ou suites d'une infection ou d'un problème médical précédent ? ..... 2
  - l) Maladie ou trouble non cité plus haut (par exemple maladie du sang, tumeur, cancer, malformation, amputation d'un membre, intoxication, maladie nécessitant une opération chirurgicale) ? ..... 2
10. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? ..... X
11. Avez-vous déjà été suivi-e par un psychiatre ou un psychologue ? ..... 2
12. Avez-vous consulté un dentiste au cours des six derniers mois ? ..... X
13. Avez-vous une histoire familiale de mort due à une maladie cardiaque ou mort subite avant l'âge de 50 ans ? ..... 2
14. Avez-vous eu des difficultés respiratoires, étourdissement, malaise, douleur thoracique, palpitations ou perte de connaissance durant l'effort ? ..... 2

