



RAPPORT MEDICAL

Doc. n. FORM-COR-HR-HLT-039-F

Rev. 02

06/11/15

Page 1 of 3

Ref. doc. OPR-COR-HR-HLT-001-E

1. ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS

Nom complet CAMELE INES YASDINAH OGOUNCHI Date de Naiss. 18/11/91 Sexe M F

Position Matricule Groupe Sang. Rh

Cocher la case <input type="checkbox"/>		Oui	Non	Donner des détails en cas de réponse "Oui" (Incluant dates, durée et toutes les informations pertinentes)
1. a)	Prenez-vous un traitement régulier quelconque actuellement?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b)	Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.	Avez-vous déjà souffert des maladies suivantes:			
a)	Epilepsie, vertige, perte de connaissance ou autres?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b)	Asthme, bronchite, ou autre maladie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
c)	Rhumatisme, Fièvre rhumatoïde, arthrite ou autre maladie des muscles ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
d)	Douleurs thoraciques, essoufflement, palpitation, hypertension ou autre maladie du cœur ou de la circulation ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
e)	Indigestion, ulcère, diarrhée, constipation ou autres problèmes intestinaux, hépatite ou autres maladies du foie, diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
f)	Maladies des reins, de la vessie, ou génito-urinaires?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
g)	Blessure, operation, infirmité?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
h)	Autres maladies quelconques non mentionnées ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. a)	Avez-vous déjà été hospitalisé?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b)	Avez-vous déjà subi un bilan médical spécialisé?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4.	Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
5.	Femme: Avez-vous déjà eu une affection gynécologique ou des problèmes obstétricaux?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6.	Avez-vous déjà pris des médicaments autres que ceux prescrits par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. a)	Non-fumeurs: Avez-vous fumez dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b)	Fumeurs: Quelle quantité fumez-vous par jour?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cigarettes <input type="text"/> Cigares <input type="text"/> Pipes <input type="text"/> Quantité <input type="text"/>
c)	Quelle est votre consommation moyenne en alcool?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Age si vivant	Etat de santé	Age du décès si décédé	Cause du décès
Père	57	BON	/	/
Mère	56	HTA		
Frère / Sœur	/			
Frère / Sœur	/			
Frère / Sœur	/			

Je déclare, au meilleur de ma connaissance, que les réponses aux questions ci-dessus sont exactes et complètes. Je confirme que j'ai vérifié et avéré correctes les réponses qui ne sont pas de mon écriture. J'accorde la permission de prendre des échantillons de sang, de salive et / ou de l'urine dans le cadre de cet examen. Je comprends que cette déclaration sera transmise au service médical de la Société.

Signature
(A signer en présence de l'examineur)

DATE

14/04/2021



CERTIFICAT D'APTITUDE MEDICALE

Doc. n. FORM-COR-HR-HLT-040-F

Rev. 03

26/09/16

Page 1 of 1

Ref. doc. OPR-COR-HR-HLT-001-E

CERTIFICAT D'APTITUDE MEDICALE

Délivré en conformité avec les Oil & Gas UK Guidelines, Saipem Corporate Standards OPR-COR-HR-HLT-001-E, STD-COR-HLTCLI-001-I, IMO et STCW Guidelines relatifs à l'examen d'aptitude médicale

Nom complet (En Majuscule)	Date de Naissance	Profession
----------------------------	-------------------	------------

Ce Certificat Médical est valable jusqu'au: _____

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Apte | <input type="checkbox"/> offshore | <input type="checkbox"/> onshore |
| <input type="checkbox"/> Apte avec prescriptions et/ou restrictions | <input type="checkbox"/> permanent | <input type="checkbox"/> temporaire pour mois |
| <input type="checkbox"/> Inapte | <input type="checkbox"/> permanent | <input type="checkbox"/> temporaire pour mois |

Spécifier les prescriptions et/ou les restrictions

.....
.....
.....

.....
Signature du requérant en présence du Médecin

Fait à Jour, Mois, Année

.....
Cachet et signature du Médecin

L'Employeur doit fournir les équipements de protection individuelle spécifiques à l'activité

Nom complet	Date de Naissance	Date de validité	Profession	Signature



RAPPORT MEDICAL

Doc. n. FORM-COR-HR-HLT-039-F

Rev. 02

06/11/15

Page 2 of 3

Ref. doc. OPR-COR-HR-HLT-001-E

3. RESUME DES ANTECEDENTS MEDICAUX DE MR. / Mme.

Le candidat a-t-il présenté une des pathologies suivantes ? Si oui, donner les détails.

Cocher la case en cas d'antécédents			Oui		Non	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Orite/ Sinusite / Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pathologie ORL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Achromatopsie/baisse de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Maux de tête fréquents / Evanouissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Epilepsie / Maladie Mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Maladie endocrinienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hernie / Hydrocele / hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fistule / Appendicite / Varicocele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Paludisme / Maladie tropicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Maladie de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cancer ou tumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Allergie alimentaire / médicamenteuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Détails:.....

4. RAPPORT D'EXAMEN CLINIQUE

En cas de réponse "Oui" dans le questionnaire ci-dessous, donner les détails dans la colonne de droite.

Cocher par			Oui		Non		Détails si "oui"
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
8. Mensurations et description physique							
a) Mensurations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taille: <u>160</u> cm Poids: <u>70</u> Kg
b) Décrire l'apparence générale:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	BMI: Kg/m ² Tour de taille: <u>86</u> cm
c) Existe-il des signes d'imprégnation (actuelle ou passée) alcoolique, tabagique, ou d'un mode de vie irrégulier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
d) Existe-t-il des adénopathies ou un goitre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
e) Existe-t-il de cicatrices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
9. Système Cardio-vasculaire & Pression artérielle							
a) Y a-t-il des signes de cardiomégalie? Si "Oui", Est-elle légère, modérée ou très marquée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Systolique / Diast: <u>115/85</u> Pouls: <u>83</u>
b) Existe-il une irrégularité du rythme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
c) Existe-il une anomalie des pouls artériels périphériques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
d) Existe-il des signes d'insuffisance veineuse (Varices)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
e) Pression artérielle: (Valeurs sur la page de droite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
10. Système Respiratoire							
a) Existe-t-il une anomalie dans l'aspect et le développement du thorax ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b) Existe-t-il des signes physiques d'anomalies pulmonaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
11. Système Genito / Urinaire & Système Digestif							
a) Existe-il des anomalies dans les tests urinaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b) Existe-il une sensibilité anormale ou une autre anomalie à la palpation abdominale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
c) Existe-t-il de hernie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
12. Système Nerveux							
a) Existe-t-il de signes d'atteinte du système nerveux central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Fond d'œil Normal</u>
b) Existe-t-il des signes suggestifs de pathologie psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Tonus Oculaire = 12 mmHg aux deux yeux</u>
13. Organes de sens							
a) Y a-t-il une affection du nez des oreilles ou de la langue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vision	De loin		De près		Des couleurs		
Non corrigée	OD <u>03/10</u>	OG <u>03/10</u>	OD <u>10/10</u>	OG <u>10/10</u>	<u>Adéquate</u>		
Corrigée	OD _____	OG _____	OD _____	OG _____	Défectueuse		

Remarques:



RAPPORT MEDICAL

Doc. n. FORM-COR-HR-HLT-039-F

Rev. 02

06/11/15

Page 3 of 3

Ref. doc. OPR-COR-HR-HLT-001-E

5. RESULTATS DES EXAMENS ET RAPPORT

Rapport des résultats de la radio, l'ECG, l'Audiogramme et des examens sanguins/ urinaires

Tous les résultats doivent être joints. Indiquez vos remarques en cas de résultats anormaux

1. Radio du Thorax *Radiographie thoracique normale*

2. ECG *Dans les limites de la normale*

3. Audiogramme

4. Analyses sanguines (Joindre les résultats des examens suivants ou indiquez ci-dessous les résultats):

1) Hémoglobine : [g/dl]	10) VGM (*) [fl]	19) HDL Cholestérol [mmol/l]
2) Globules Rouges : [10 ⁶ /μl]	11) TCMH (*) [pg]	20) LDL Cholestérol [mmol/l]
3) VS : /	12) CCMH (*) [g/dl]	21) Triglycérides [mmol/l]
4) Globules blancs : [10 ³ /μl]	13) Plaquettes : [10 ³ /μl]	22) Bilirubine Totale : [μmol/l]
5) Neutrophiles : [%]	14) Réticulocytes (*) [%]	23) Bilirubine Directe : [μmol/l]
6) Lymphocytes [%]	15) Hématocrite : [%]	24) Phosphatase Alcaline : [U/l]
7) Monocytes [%]	16) Glycémie : <i>87mg/dl</i> [mmol/l]	25) AST (SGOT) : [U/l]
8) Eosinophiles [%]	17) Urée sanguine : [mmol/l]	26) ALT (SGPT) : [U/l]
9) Basophiles [%]	18) Cholestérol Total : [mmol/l]	27) Gamma GT : [U/l]

5. Examen d'urine :

6. Drogues (***), alcootest (***)

1) Amphétamines	3) Cocaine	5) Met amphétamine	7) Alcool
2) Benzodiazepine	4) Marijuana	6) Opiacés	

7. HIV (*) :

8. Test à la Tuberculine (*)

9. Ag Hbs (**)

10. TPHA

11. Examen de selles (*)

12. Prélèvement de gorge (*)

Ac Hbs (**) AcHbc (**) AgHbe (**) AcHbe (**) AcHAV(**)

(*) Seulement si requis (**) Uniquement aux personnes jamais vaccinées ou si expressément requis

(***) Obligatoire à l'embauche, et à l'examen périodique pour l'aptitude offshore et employés impliqués à toute position sensible de sécurité. Pour les autres employés cela dépendra des circonstances nationales et recommandations légales internationales.

6. RESUME GLOBAL, EVALUATION ET RECOMMANDATIONS

Le présent certificat médical est valide jusqu'au:

Je certifie avoir examiné Mr./Mme.

Et le/la déclare

Apte (offshore/onshore)

INAPTE

En attente

Signature du médecin examinateur

Date:

(Cachet, Signature, Nom et adresse)