



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 Cherikh Ahmadou Bamba DIEGO Date de Naiss. 17/10/79 ^{Gue diawouye} Sexe M F

Position Material Coordinator Matricule Groupe Sang. 0+ Rh

77 355 61 69

	Cocher la case <input type="checkbox"/>	Oui	Non
1. a) Prenez-vous un traitement régulier quelconque actuellement?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Asthme, bronchite, ou autre maladie pulmonaire?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	<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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e) Indigestion, ulcère, diarrhée, constipation ou autres problèmes intestinaux, hépatite ou autres maladies du foie, diabète ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Maladies des reins, de la vessie, ou génito-urinaires?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
g) Blessure, operation, infirmité?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
h) Autres maladies quelconques non mentionnées ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3. a) Avez-vous déjà été hospitalisé?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà subi un bilan médical spécialisé?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Femme: Avez-vous déjà eu une affection gynécologique ou des problèmes obstétricaux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous déjà pris des médicaments autres que ceux prescrits par un médecin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. a) Non-fumeurs: Avez-vous fumez dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) Fumeurs: Quelle quantité fumez-vous par jour?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Quelle est votre consommation moyenne en alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Donner des détails en cas de réponse "Oui"
(Incluant dates, durée et toutes les informations pertinentes)

*diarreee passagere, constipation
maux de ventre*

Paracetamol, Ciss500, Ibuprofene

Cigarettes Cigares Pipes Quantité

2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Age si vivant	Etat de santé	Age du décès si décédé	Cause du décès
Père	<u>68ans</u>	<u>RAS</u>		
Mère	<u>50ans</u>	<u>RAS</u>		
Frère/ Soeur	<u>34 ans</u>	<u>RAS</u>		
Frère / Soeur	<u>32 ans</u>	<u>RAS</u>		
Frère/ Soeur	<u>17ans</u>	<u>RAS</u>		

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 07/10/2021

07/10/21



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.

Table with 2 columns of questions (1-14) and checkboxes for 'Oui' and 'Non'. Most 'Non' boxes are checked.

Détails:.....

4. RAPPORT D'EXAMEN CLINIQUE

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

Main clinical examination form with sections 8-13, 'Cocher par' checkboxes, 'Détails si "oui"' column with handwritten notes, and vision/color testing at the bottom.

Remarques:

Handwritten notes: Logistique SAIPEM. 26 ans. Cereb (oemp). Tabac = 0. Alc = 0. Idt = 0. Sport qualidun.



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 **RAS**

2. ECG **= RAS**

3. Audiogramme **= RAS**

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

1) Hémoglobine : 14 [g/dl]	10) VGM (*) 87 [fl]	19) HDL Cholestérol 1,01 [mmol/l]
2) Globules Rouges : 4,88 [10 ⁶ /μl]	11) TCMH (*) 89 [pg]	20) LDL Cholestérol 1,35 [mmol/l]
3) VS 4/12	12) CCMH (*) 33 [g/dl]	21) Triglycérides 0,7 [mmol/l]
4) Globules blancs : 4,5 [10 ³ /μl]	13) Plaquettes : 179 [10 ³ /μl]	22) Bilirubine Totale : 16 [μmol/l]
5) Neutrophiles : 34,9 [%]	14) Réticulocytes (*) :	23) Bilirubine Directe : 0,3 [μmol/l]
6) Lymphocytes 52,1 [%]	15) Hématocrite : 43,6 [%]	24) Phosphatase Alcaline : 133 [U/l]
7) Monocytes : 7,1 [%]	16) Glycémie 0,98 [mmol/l]	25) AST (SGOT) : 22 [U/l]
8) Eosinophiles : 5,2 [%]	17) Urée sanguine : 0,84 [mmol/l]	26) ALT (SGPT) : 24 [U/l]
9) Basophiles : 0,9 [%]	18) Cholestérol Total : [mmol/l]	27) Gamma GT : 30 [U/l]

5. Examen d'urine : **0**

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: **12/10/2022**

Je certifie avoir examiné Mr./Mme. **Cheikh. Ahmadou Bamba Diang** Et le/la déclare

Apte (offshore/onshore) INAPTE En attente

Part Conception apt. qm.

Signature du médecin examinateur Date: **12-10-2021**

(Cachet, Signature, Nom et adresse)



Dr Patrick CORREA
 3 Av. des Ambassadeurs Fann
 Résidence Dakar - Sénégal
 MEDECINE SUBAQUATIQUE / HYPERBARE
 Tél : 33 824 26 71