



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 LOURASSOU FLORENCE DIEULEVANTDate de Naiss. 14/12/90 Sexe ☒ FPosition Superviseur LavageMatricule Groupe Sang. Rh BRAZZAVILLE (CONGO)Cocher la case ☐

Oui Non

1. a) Prenez-vous un traitement régulier quelconque actuellement? ☐ ☒
- b) Suivez-vous un régime alimentaire particulier? ☐ ☒
2. Avez-vous déjà souffert des maladies suivantes:
- a) Epilepsie, vertige, perte de connaissance ou autres? ☐ ☒
- b) Asthme, bronchite, ou autre maladie pulmonaire? ☐ ☒
- c) Rhumatisme, Fièvre rhumatoïde, arthrite ou autre maladie des muscles ou des articulations? ☐ ☒
- d) Douleurs thoraciques, essoufflement, palpitation, hypertension ou autre maladie du cœur ou de la circulation? ☐ ☒
- e) Indigestion, ulcère, diarrhée, constipation ou autres problèmes intestinaux, hépatite ou autres maladies du foie, diabète? ☐ ☒
- f) Maladies des reins, de la vessie, ou génito-urinaires? ☐ ☒
- g) Blessure, opération, infirmité? ☒ ☐
- h) Autres maladies quelconques non mentionnées ci-dessus? ☐ ☒
3. a) Avez-vous déjà été hospitalisé? ☐ ☒
- b) Avez-vous déjà subi un bilan médical spécialisé? ☐ ☒
4. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible? ☐ ☒
5. Femme: Avez-vous déjà eu une affection gynécologique ou des problèmes obstétricaux? ☐ ☒
6. Avez-vous déjà pris des médicaments autres que ceux prescrits par un médecin? ☐ ☒
7. a) Non-fumeurs: Avez-vous fumé dans le passé? ☐ ☒
- b) Fumeurs: Quelle quantité fumez-vous par jour?
- c) Quelle est votre consommation moyenne en alcool?

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

8 - Cicatrice de cure
de venin inguinale faite
en 2002

Cigarettes Cigares Pipes Quantité

2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Age si vivant	Etat de santé	Age du décès si décédé	Cause du décès
Père	61	NORMAL		
Mère	53	NORMAL		
Frère / Sœur	36	NORMAL		
Frère / Sœur	24	NORMAL		
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

14/11/21

TEL: 780180307



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			Oui	Non
1. Otite/ Sinusite / Vertiges	☐	☐	☒	8. Maladie endocrinienne	☐	☒	☒
2. Pathologie ORL	☐	☐	☒	9. Hernie / Hydrocele / hémorroïdes	☐	☒	☒
3. Achromatopsie/baisse de la vue	☐	☐	☒	10. Fistule / Appendicite / Varicocele	☐	☒	☒
4. Maux de tête fréquents / Evanouissement	☐	☐	☒	11. Paludisme / Maladie tropicale	☐	☒	☒
5. Epilepsie / Maladie Mentale	☐	☐	☒	12. Maladie de la peau	☐	☒	☒
6. Hypertension	☐	☐	☒	13. Cancer ou tumeur	☐	☒	☒
7. Diabète	☐	☐	☒	14. Allergie alimentaire / médicamenteuse	☐	☒	☒

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"	
8. Mensurations et description physique					
a) Mensurations	☐	☒		Taille : 132 cm Poids : 81 Kg	
b) Décrire l'apparence générale:	☐	☒		BMI: Kg/m ² Tour de taille: cm	
c) Existe-il des signes d'imprégnation (actuelle ou passée) alcoolique, tabagique, ou d'un mode de vie irrégulier ?	☐	☒			
d) Existe-t-il des adénopathies ou un goitre ?	☐	☒			
e) Existe-t-il de cicatrices ?	☒	☐			
9. Système Cardio-vasculaire & Pression artérielle					
a) Y a-t-il des signes de cardiomégalie? Si "Oui", Est-elle légère, modérée ou très marquée?	☐	☒			
b) Existe-il une irrégularité du rythme?	☐	☒			
c) Existe-il une anomalie des pouls artériels périphériques?	☐	☒			
d) Existe-il des signes d'insuffisance veineuse (Varices)?	☐	☒			
e) Pression artérielle: (Valeurs sur la page de droite)	☐	☒		Systolique / Diast: 116/73 Pouls: 71	
10. Système Respiratoire					
a) Existe-t-il une anomalie dans l'aspect et le développement du thorax ?	☐	☒			
b) Existe-t-il des signes physiques d'anomalies pulmonaires?	☐	☒			
11. Système Genito / Urinaire & Système Digestif					
a) Existe-il des anomalies dans les tests urinaires?	☐	☒			
b) Existe-il une sensibilité anormale ou une autre anomalie à la palpation abdominale?	☐	☒			
c) Existe-t-il de hernie ?	☐	☒			
12. Système Nerveux					
a) Existe-t-il de signes d'atteinte du système nerveux central	☐	☒			
b) Existe-t-il des signes suggestifs de pathologie psychiatrique ?	☐	☒			
13. Organes de sens					
a) Y a-t-il une affection du nez des oreilles ou de la langue ?	☐	☒			
Vision				Des couleurs	
Non corrigée	OD 10/10	OG 10/10	De près	OD 10/10	OG 10/10
Corrigée	OD 10/10	OG 10/10			
				Adéquate	
				Défectueuse	

Remarques: Cicatrice Hernie - goitre Gd



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

2. ECG

Normal

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 :	0,83 g/l [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) Benzodiazépine

4) Marijuana

6) Opiacés

7. ☐ HIV (*) :8. ☐ Test à la Tuberculine (*)9. ☐ Ag Hbs (**)Ac Hbs (**) ☐AcHbc (**) ☐AgHbe (**) ☐AcHbe (**) ☐AcHAV (**) ☐10. ☐ TPHA11. ☐ Examen de selles (*)12. ☐ Prélèvement de gorge (*)

(*) 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)