



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

Dakar

Nom complet Ethady Elimane Malick FallDate de Naiss. 20/01/92 Sexe M F

Position

Matricule

Groupe Sang. A+Rh 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, operation, 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 fumez 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)Cigarettes Cigares Pipes Quantité Anet 2019.

2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Age si vivant	Etat de santé	Age du décès si décédé	Cause du décès
Père			<u>1997</u>	
Mère	<u>49</u>	<u>Passé stable AKR</u>		
Frère / Sœur	<u>24</u>	<u>bonne</u>		
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

8/12/2021Tel: 77 252-99-97



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

Détails: 2005 après Appendicite => RAS, R.G.

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	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taille: 182 cm	Poids: 76 Kg
b) Décrire l'apparence générale:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) Existe-t-il des adénopathies ou un goitre ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) Existe-t-il de cicatrices ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Existe-il une irrégularité du rythme?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Existe-il une anomalie des pouls artériels périphériques?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) Existe-il des signes d'insuffisance veineuse (Varices)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) Pression artérielle: (Valeurs sur la page de droite)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique / Diast: 120/80	Pouls: 60
10. Système Respiratoire					
a) Existe-t-il une anomalie dans l'aspect et le développement du thorax ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Existe-t-il des signes physiques d'anomalies pulmonaires?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11. Système Genito / Urinaire & Système Digestif					
a) Existe-il des anomalies dans les tests urinaires?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Existe-il une sensibilité anormale ou une autre anomalie à la palpation abdominale?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) Existe-t-il de hernie ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12. Système Nerveux					
a) Existe-t-il de signes d'atteinte du système nerveux central	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) Existe-t-il des signes suggestifs de pathologie psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13. Organes de sens					
a) Y a-t-il une affection du nez des oreilles ou de la langue ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vision		De loin		De près	
Non corrigée	OD 10	OG 10	OD 10	OG 10	
Corrigée	OD 10	OG 10	OD 10	OG 10	
				Des couleurs	
				Adéquate	
				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

2. ECG **RAS.**3. Audiogramme **RAS.**

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 : [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 (**)
Ac Hbs (**) AcHbc (**) AgHbe (**) AcHbe (**) AcHAV(**)
10. TPHA
11. 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)