



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 Elhadji Elimane Makhoul Fall Date de Naiss. 20/01/20 Sexe M F

Position OPPSHORE methods Draftsman Matricule Groupe Sang. A Rh +

Cocher la case <input type="checkbox"/>		Oui	Non
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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Avez-vous déjà subi un bilan médical spécialisé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non			
5. Femme: Avez-vous déjà eu une affection gynécologique ou des problèmes obstétricaux? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non			
6. Avez-vous déjà pris des médicaments autres que ceux prescrits par un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non			
7.			
a)	Non-fumeurs: Avez-vous fumé dans le passé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Age si vivant	Etat de santé	Age du décès si décédé	Cause du décès
Père			63 an.	Cardiaque
Mère	48 ans	HTA		
Frère / Sœur	6 Frères 24 → 38	/		
Frère / Sœur	3 Sœurs 29 → 32	/		
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

20-01-2023



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

Détails: *Appendicite Coes -> RAS*

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"/>	8. Mensurations et description physique			Taille: <i>182</i> cm Poids: <i>83</i> Kg BMI: Kg/m ² Tour de taille: cm	
	a) Mensurations	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Cicatrice Appendicite operée</i> Systolique / Diast: <i>131/80</i> Puls: <i>63</i>	
	b) Décrire l'apparence générale:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	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"/>		
	d) Existe-t-il des adénopathies ou un goitre ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	e) Existe-t-il de cicatrices ?	<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 checked="" type="checkbox"/>		
	b) Existe-il une irrégularité du rythme?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	c) Existe-il une anomalie des pouls artériels périphériques?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	d) Existe-il des signes d'insuffisance veineuse (Varices)?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	e) Pression artérielle: (Valeurs sur la page de droite)	<input 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 checked="" type="checkbox"/>		
	b) Existe-t-il des signes physiques d'anomalies pulmonaires?	<input 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 checked="" type="checkbox"/>		
	b) Existe-il une sensibilité anormale ou une autre anomalie à la palpation abdominale?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
	c) Existe-t-il de hernie ?	<input 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 checked="" type="checkbox"/>		
	b) Existe-t-il des signes suggestifs de pathologie psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>		
	Vision	De loin De près Non corrigée OD <i>10</i> OG <i>10</i> OD <i>10</i> OG <i>10</i> Corrigée OD _____ OG _____ OD _____ OG _____		Des couleurs <input checked="" type="checkbox"/> Adéquate <input type="checkbox"/> 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 */*

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

1) Hémoglobine : <i>152</i> [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>093</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 : *0*

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

1) Amphétamines	3) Cocaine	5) Met amphétamine	7) Alcool
2) Benzodiazepine	4) Marijuana	6) Opiacés	<i>RAS</i>

- 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: *20-01-2024*

Je certifie avoir examiné Mr./Mme. *Nadiel EdLh*

Et le/la déclare

Apte (offshore/onshore)

INAPTE

En attente

Signature du médecin examinateur
Dr Patrick CORREA
 3 Av. des Ambassadeurs Fann
 Résidence Dakar - Sénégal
 MEDECINE SUBAQUATIQUE L'HYPERBARE
 Tél : 33 824 26 71

Date: *20-01-2023*