SAIPEM	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 29/08/1996

Nom complet: Papa Djibril Wade — Date de Naiss.: 29/08/96 — Sexe: M ☐ F ☒

Position: Personnel Logistics Coordinator — Matricule: ☐ — Groupe Sang.: O+ — 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 ☐

2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Age si vivant	Etat de santé	Age du décès si décédé	Cause du décès
Père	62	Bien Portant	—	—
Mère	57	Bien portante	—	—
Frère / ~~Sœur~~	27	Bien Portant	—	—
~~Frère~~ / Sœur	22	Bien portant	—	—
Frère / ~~Sœur~~	17	Bien portant	—	—

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'examinateur)

DATE 15/12/21

Wade

77654831 9

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 : 180 cm Poids : 55 Kg
b) Décrire l'apparence générale:	⇒		BMI: Kg/m² 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: 190/60 Pouls: 58
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	De loin		De près		Des couleurs
Non corrigée	OD 10	OG 10	OD 10	OG 10	Adéquate
Corrigée	OD	OG	OD	OG	Défectueuse

Remarques:

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 :	[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 : RAS.

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 vaccines 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 RECOMMENDATIONS

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)