



# 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

Jessene Diobass

## 1. ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS

Nom complet **ALY NDIONE** Date de Naiss. **04/01/95** Sexe  M  F

Position **RIGGER** Matricule  Groupe Sang. **O+** Rh

Cocher la case <input type="checkbox"/>		Oui	Non	Donner des détails en cas de réponse "Oui" (Incluant dates, durée et toutes les informations pertinentes)
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.	<b>Avez-vous déjà souffert des maladies suivantes:</b>			
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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b)	Avez-vous déjà subi un bilan médical spécialisé?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
4.	Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible?	<input 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"/>	
6.	Avez-vous déjà pris des médicaments autres que ceux prescrits par un médecin?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
7. a)	Non-fumeurs: Avez-vous fumez dans le passé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b)	Fumeurs: Quelle quantité fumez-vous par jour?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipes <input type="checkbox"/> Quantité <input type="checkbox"/>
c)	Quelle est votre consommation moyenne en alcool?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## 2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Age si vivant	Etat de santé	Age du décès si décédé	Cause du décès
Père	50	Bon		
Mère	46	Bon		
Frère / Sœur	26	Bon		
Frère / Sœur	24	Bon		
Frère / Sœur	22	Bon		

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 21/02/2023

77756 9707



# 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		<input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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:.....

### 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		<input type="checkbox"/>	Oui	Non	Détails si "oui"	
<b>8. Mensurations et description physique</b>						
a) Mensurations		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taille: 180 cm	Poids: 72 Kg
b) Décrire l'apparence générale:		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	BMI: Kg/m <sup>2</sup>	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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>→ cicatrices frontales anciennes</i>	
d) Existe-t-il des adénopathies ou un goitre ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
e) Existe-t-il de cicatrices ?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>9. Système Cardio-vasculaire &amp; Pression artérielle</b>						
a) Y a-t-il des signes de cardiomégalie? Si "Oui", Est-elle légère, modérée ou très marquée?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Systolique / Diast: 144/70 Pouls: 65	
b) Existe-il une irrégularité du rythme?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
c) Existe-il une anomalie des pouls artériels périphériques?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
d) Existe-il des signes d'insuffisance veineuse (Varices)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
e) Pression artérielle: (Valeurs sur la page de droite)		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>10. Système Respiratoire</b>						
a) Existe-t-il une anomalie dans l'aspect et le développement du thorax ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
b) Existe-t-il des signes physiques d'anomalies pulmonaires?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>11. Système Genito / Urinaire &amp; Système Digestif</b>						
a) Existe-il des anomalies dans les tests urinaires?		<input type="checkbox"/>	<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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
c) Existe-t-il de hernie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>12. Système Nerveux</b>						
a) Existe-t-il de signes d'atteinte du système nerveux central		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
b) Existe-t-il des signes suggestifs de pathologie psychiatrique ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>13. Organes de sens</b>						
a) Y a-t-il une affection du nez des oreilles ou de la langue ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Vision</b>		<b>De loin</b>		<b>De près</b>		<b>Des couleurs</b>
Non corrigée	OD 10	OG 10	OD 10	OG 10	Adéquate <input checked="" type="checkbox"/>	
Corrigée	OD	OG	OD	OG	Défectueuse	

Remarques:

*Cicatrices remontant à l'enfance sans notion de traumatisme crânien*



# 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 <i>Normal</i>						
3. Audiogramme						
4. Analyses sanguines (Joindre les résultats des examens suivants ou indiquez ci-dessous les résultats):						
1) Hémoglobine :	<i>14</i> [g/dl]	10) VGM (*)	[fl]	19) HDL Cholestérol	[ mmol/l]	
2) Globules Rouges :	[10 <sup>6</sup> /μl]	11) TCMH (*)	[pg]	20) LDL Cholestérol	[mmol/l]	
3) VS :	/	12) CCMH (*)	[g/dl]	21) Triglycérides	[mmol/l]	
4) Globules blancs :	[10 <sup>3</sup> /μl]	13) Plaquettes :	[10 <sup>3</sup> /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>108</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 : <i>0</i>						
6. Drogues (***), alcootest (***)						
1) Amphétamines	3) Cocaine	5) Met amphétamine	7) Alcool			
2) Benzodiazepine	4) Marijuana	6) Opiacés				
7. <input type="checkbox"/>	HIV (*) :					
8. <input type="checkbox"/>	Test à la Tuberculine (*)					
9. <input type="checkbox"/>	Ag Hbs (**)	Ac Hbs (**)	AcHbc (**)	AgHbe (**)	AcHbe (**)	AcHAV(**)
10. <input type="checkbox"/>	TPHA					
11. <input type="checkbox"/>	Examen de selles (*)					
12. <input type="checkbox"/>	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:

*21-02-2024*

Je certifie avoir examiné Mr./Mme.

Et le/la déclare

Apte (offshore/onshore)



INAPTE



En attente



Signature du médecin examinateur

Date:

*27-02-2023*

(Cachet, Signature, Nom et adresse)

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