



## 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

NDANGANE

Nom complet OMAR THIAMDate de Naiss. 12/08/93 Sexe ☒ M ☐ FPosition RIGGERMatricule 50 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 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)

3a : hospitalisation pour  
asthme et polyarthrite  
prof de suite à des  
travaux en puits  
en 2021

Cigarettes ☐ Cigares ☐ Pipes ☐ Quantité ☐

### 2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

|              | Age si vivant | Etat de santé | Age du décès si décédé | Cause du décès |
|--------------|---------------|---------------|------------------------|----------------|
| Père         | 60            |               |                        |                |
| Mère         | 57            |               |                        |                |
| Frère / Sœur | 28            |               |                        |                |
| Frère / Sœur | 29            |               |                        |                |
| Frère / Sœur | 22            |               |                        |                |

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

77.700.07.98



## 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              | <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 / Varicocèle    | <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                                                                                                          |                          | Oui                                 | Non                 | Détails si "oui"                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|
| <b>8. Mensurations et description physique</b>                                                                      |                          |                                     |                     |                                           |
| a) Mensurations                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                     | Taille : 180 cm Poids : 70 Kg             |
| b) Décrire l'apparence générale:                                                                                    | <input 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 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 type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |                     |                                           |
| <b>9. Système Cardio-vasculaire &amp; Pression artérielle</b>                                                       |                          |                                     |                     |                                           |
| a) Y a-t-il des signes de cardiomégalie?<br>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"/> |                     | Systolique / Diast: 126/84 Pouls: 67      |
| <b>10. Système Respiratoire</b>                                                                                     |                          |                                     |                     |                                           |
| 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"/> |                     |                                           |
| <b>11. Système Genito / Urinaire &amp; Système Digestif</b>                                                         |                          |                                     |                     |                                           |
| 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"/> |                     |                                           |
| <b>12. Système Nerveux</b>                                                                                          |                          |                                     |                     |                                           |
| 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"/> |                     |                                           |
| <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 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            |                                           |
| Corrigée                                                                                                            | OD 10 OG 10              | OD 10 OG 10                         | 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 : *Normal*

3. Audiogramme

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

|                                            |                                          |                                   |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|
| 1) Hémoglobine : <i>128</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>103 mg/dl</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 amphetamine | 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: *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