



# 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

*101 Pointe noire Congo  
Brazzaville*

Nom complet NKOMBO PRINCE BERTRANDDate de Naiss. 02/12/89 Sexe  M  FPosition Matériels CoordinateurMatricule  Groupe Sang. 0 Rh  +Cocher la case 

Oui Non

1. a) Prenez-vous un traitement régulier quelconque actuellement?  Oui  Non
- b) Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?  Oui  Non
2. Avez-vous déjà souffert des maladies suivantes:
- a) Epilepsie, vertige, perte de connaissance ou autres?  Oui  Non
- b) Asthme, bronchite, ou autre maladie pulmonaire?  Oui  Non
- c) Rhumatisme, Fièvre rhumatoïde, arthrite ou autre maladie des muscles ou des articulations ?  Oui  Non
- d) Douleurs thoraciques, essoufflement, palpitation, hypertension ou autre maladie du cœur ou de la circulation ?  Oui  Non
- e) Indigestion, ulcère, diarrhée, constipation ou autres problèmes intestinaux, hépatite ou autres maladies du foie, diabète ?  Oui  Non
- f) Maladies des reins, de la vessie, ou génito-urinaires?  Oui  Non
- g) Blessure, opération, infirmité?  Oui  Non
- h) Autres maladies quelconques non mentionnées ci-dessus?  Oui  Non
3. a) Avez-vous déjà été hospitalisé?  Oui  Non
- b) Avez-vous déjà subi un bilan médical spécialisé?  Oui  Non
4. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible?  Oui  Non
5. Femme: Avez-vous déjà eu une affection gynécologique ou des problèmes obstétricaux?  Oui  Non
6. Avez-vous déjà pris des médicaments autres que ceux prescrits par un médecin?  Oui  Non
7. a) Non-fumeurs: Avez-vous fumé dans le passé ?  Oui  Non
- b) Fumeurs: Quelle quantité fumez-vous par jour?  Cigarettes  Cigares  Pipes  Quantité
- c) Quelle est votre consommation moyenne en alcool?

Donner des détails en cas de réponse "Oui"  
(Incluant dates, durée et toutes les informations pertinentes)

## 2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	Age si vivant	Etat de santé	Age du décès si décédé	Cause du décès
Père			82 ans	Problème de l'âge
Mère	70	Normal		
Frère / Sœur	50	Normal		
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 14/03/23

Tel 78 193 11 41



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

Détails: *Med: H<sub>2</sub> systé New 2012 pour HTA - suiveur tité Proterax + Acide Ascorbique - VOD - pneumopathie atypiques; Naton de stress social xxx, répété xxx*

### 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 type="checkbox"/>	Taille: <i>170</i> cm <i>82</i> Poids:      Kg
b) Décrire l'apparence générale:		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<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"/>	
<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 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: <i>134-88</i> Pouls: <i>87</i> .
<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"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Existe-t-il des signes physiques d'anomalies pulmonaires?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	<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"/>	
<b>12. Système Nerveux</b>					
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"/>	
<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 type="checkbox"/>	
<b>Vision</b>	<b>De loin</b>		<b>De près</b>		<b>Des couleurs</b>
Non corrigée	OD <i>16</i> OG <i>16</i>		OD <i>16</i> OG <i>16</i>		Adéquate
Corrigée	OD _____      OG _____		OD _____      OG _____		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>12,4</i> [g/dl]	10) VGM (*) [fl]	19) HDL Cholestérol [mmol/l]
2) Globules Rouges : [10^6/ $\mu$ l]	11) TCMH (*) [pg]	20) LDL Cholestérol [mmol/l]
3) VS : /	12) CCMH (*) [g/dl]	21) Triglycérides [mmol/l]
4) Globules blancs : [10^3/ $\mu$ l]	13) Plaquettes : [10^3/ $\mu$ l]	22) Bilirubine Totale : [ $\mu$ mol/l]
5) Neutrophiles : [%]	14) Réticulocytes (*)	23) Bilirubine Directe : [ $\mu$ mol/l]
6) Lymphocytes [%]	15) Hématocrite : [%]	24) Phosphatase Alcaline : [U/l]
7) Monocytes : [%]	16) Glycémie : <i>0,93</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

6. Drogues (\*\*\*), alcooltest (\*\*\*)

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 (\*\*)

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

*Consultation psychiatrie.*

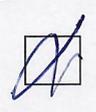
Le présent certificat médical est valide jusqu'au:

*14-03-2024*

Je certifie avoir examiné Mr./Mme.

Et le/la déclare

Apte (offshore/onshore)



INAPTE



En attente



Signature du médecin examinateur

Date:

*14-03-2023*

(Cachet, Signature, Nom et adresse)

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