



# 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 Babacar DIARADate de Naiss. 25/07/88

Sexe

 M FPosition IT Systems Administrator

Matricule

Groupe Sang. 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			65	Naturelle
Mère	67	Bien		
Frère / Sœur	39	Bien		
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

Babacar  
77639 5175

27/07/2023



# 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	<input type="checkbox"/>	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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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: 3: Part de James Correcteurs VL

### 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: <u>185</u> cm      Poids: <u>8</u> 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: <u>128/8</u> Pouls: <u>65</u>
<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Vision</b>	<b>De loin</b>		<b>De près</b>	<b>Des couleurs</b>
Non corrigée	OD _____ OG _____		OD _____ OG _____	<u>Adéquate</u>
Corrigée	OD <u>10</u> OG <u>10</u>		OD <u>10</u> OG <u>10</u>	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 - *Donc les éléments normaux*

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 <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 : [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 : *Glycose = 0* *Protéinurie = 0*

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 (\*\*)
  - 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: *27-07-2024*

Je certifie avoir examiné Mr./Mme. Et le/la déclare

Apte (offshore/onshore)  INAPTE  En attente

Signature du médecin examinateur

Date: *27-07-2023*

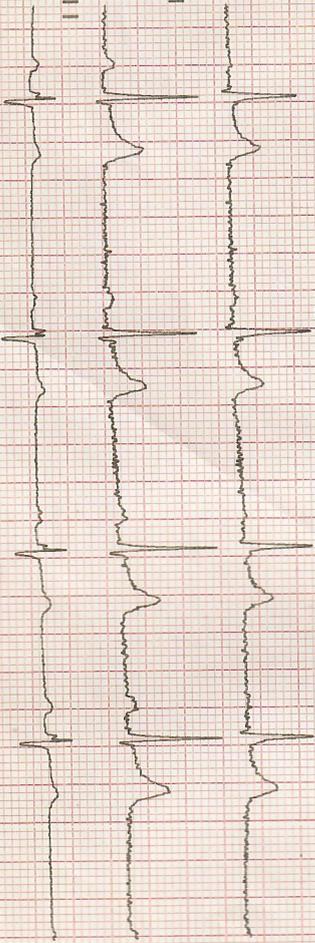
(Cachet, Signature, Nom et adresse)

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

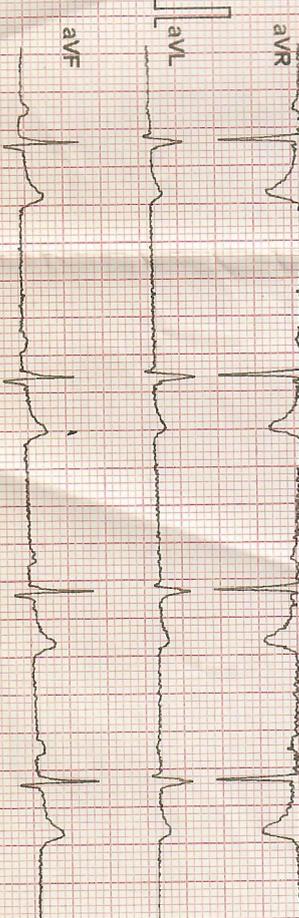
BTL-08 SD3 DIAG 3032 FW:475.0000  
Aut

Age:0 Sex:Masculin 27/07/2023 11:50:05 Medecin CORREA

25mm/s  
10mm/mV  
50Hz ADS 15s



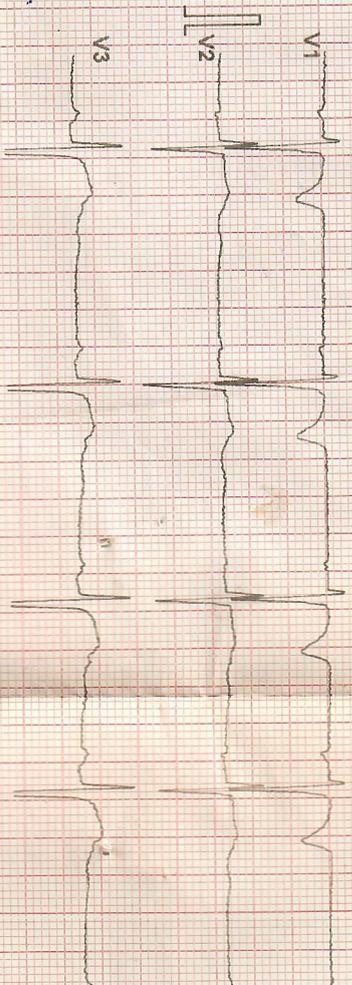
HR = 54



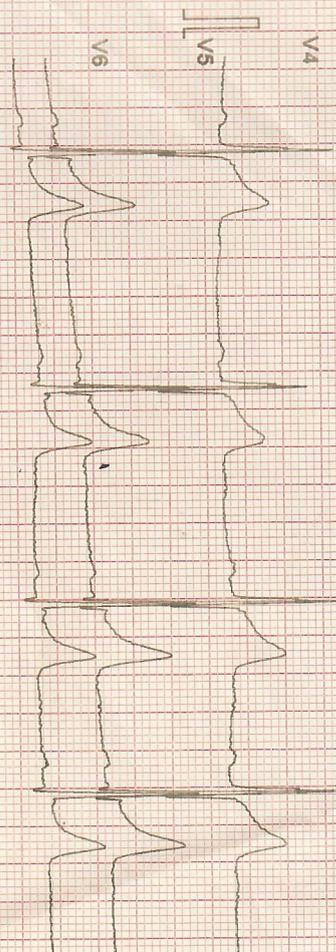
*Bobacco*

*STARRA*

HR = 54



HR = 54



R	S	T+	T-	ST	STs (µV/s)
-	-	370	-	42	242
-	-	519	-	39	596
-	-	459	-	32	311
-	-	116	-442	-6	-402
-	-	328	-	5	-57
-	-	-	-359	32	422
-	-	157	-	44	-76
-	-	270	-	67	281
-	-	868	-	113	1086
-	-	964	-	141	1508
-	-	764	-	181	1166
-	-	-	-	122	614

SF 52 1/min  
 RR 162 ms  
 P 106 ms  
 QRS 106 ms  
 PQ 188 ms  
 QT 402 ms  
 QTc 372 ms  
 axis p 68°  
 axis QRS 24°  
 axis T 44°

HYPERTROPHIE VENTRICULAIRE GAUCHE/AMPLIT.CRT.SEU  
 ECG A LA LIMITE DU NORMAL.  
 RYTHME SINUSAL

*CR - par RBS*