

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 8 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE.

Article L 2132-3 du Code de la Santé Publique

Ne pas remplir les cases tramées



N°12596*02

Enfant Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance _____ jour _____ mois _____ an Sexe: Fém. Masc. Commune _____
 Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse complète) N° FINESS _____ Commune _____
 Code postal _____ Commune _____
Adresse du domicile:
 M. Mme Melle Nom _____
 Prénom _____ Tél. _____
 Adresse _____
 Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____
 Prénom _____ Date de naissance _____ jour _____ mois _____ an
 Nombre d'enfants vivant au foyer avant la nouvelle naissance _____
Niveau d'études de la mère : 1 École primaire - 2 Secondaire - 3 Niveau bac - 4 Enseignement supérieur
 (inscrire 1, 2, 3 ou 4)
Profession : (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)
 Mère 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire
 Père 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé
 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier
Activité professionnelle : (pour la mère au cours de sa grossesse, pour le père au moment de la naissance)
 Mère 1 Actif 5 Chômeur
 Père 2 Retraité 6 Elève, étudiant ou en formation
 3 Au foyer 7 Autre inactif
 4 Congé parental

Examen médical

Médecin : cachet - téléphone _____
 Examen effectué par: un omnipraticien un pédiatre un autre spécialiste
 Conclusions, précisions et commentaires : _____
 L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière non oui
 Je demande une consultation médicale spécialisée non oui
 Je souhaite être contacté par le médecin de PMI non oui
 Je, soussigné(e) Dr : _____
 _____ jour _____ mois _____ an atteste avoir examiné l'enfant le
 Nom et adresse du médecin qui suivra l'enfant _____
 Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Antécédents

Nombre d'enfants : _____
 nés avant 37 semaines : _____
 pesant moins de 2500 g : _____
 mort-nés : _____
 nés vivants puis décédés avant 28 jours : _____
 Antécédents de césarienne : non oui

Grossesse

Gestité : _____
 (nombre total grossesses y compris actuelle)
 Parité : _____
 (nombre total d'accouchements y compris actuel)
 Date de la première consultation (déclaration de grossesse) :
 1^{er} trimestre 2^e trimestre 3^e trimestre
 Nombre total d'échographies : _____
 Mesure de la clarté nucale : non oui
 Échographie morphologique : non oui
 Préparation à la naissance : non oui
 Recherche antigène HBs : non oui
 Si oui, résultat : positif négatif
 Alcool consommé pendant grossesse (verres/semaine) : _____
 Tabac consommé (cigarettes/jour) : _____
 Pathologie en cours de grossesse : non oui
 Si oui, Prééclampsie non oui
 HTA traitée non oui
 Diabète gestationnel non oui
 Autre pathologie (préciser) : _____
 Hospitalisation (y compris au domicile) en nb de jours _____
 Motif de l'hospitalisation : HTA RCIU MAP

Autres motifs : _____
 Transfert in utero : non oui

Accouchement

Nombre de foetus : _____ si > 1, rang de naissance : _____
 Age gestationnel : _____
 (en semaines d'aménorrhée révolues)
 Présentation: sommet siège autre
 Début de travail: spontané déclenché césarienne avant travail
 Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement : non oui
 Analgésie: aucune péridurale générale
 rachianesthésie autre
 Naissance par : voie basse non instrumentale
 extraction voie basse instrumentale
 césarienne programmée césarienne en urgence
 En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication ?
 Cause maternelle Cause fœtale

Etat de l'enfant à la naissance

Poids _____ grammes Taille _____ cm
 Périmètre crânien _____ cm
 Appar à 1 min _____ Appar à 5 min _____
 L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? non oui
 précisez : _____
 Transfert (ou mutation) non oui
 Si oui : immédiat secondaire
 Lieu du transfert (service et adresse) : _____

Pathologie de la première semaine

	Non	Oui
Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie (de plus de 48 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgence chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser) : _____		

Anomalies congénitales

	Non	Oui
Si oui préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome polymalformatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalies du tube neural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fente labio-palatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atrésie de l'œsophage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omphalocèle, gastroschisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduction de membres ou absence d'éléments osseux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Suspectée	Certaine
Malformation rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrocéphalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trisomie 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser) : _____		

Autres informations

	Non	Oui
Allaitement au sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccination par le BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B: vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injection d'immunoglobulines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de l'audition pratiqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultat	normal <input type="checkbox"/>	à surveiller <input type="checkbox"/>

Décès de l'enfant
 Age au moment du décès en jours _____ ou heures _____
 Cause du décès : _____

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Quand utiliser le premier certificat de santé ?

Il doit être rempli lors de l'examen préventif obligatoire dans **les 8 jours** qui suivent la naissance. Cet examen est particulièrement important, car réalisé à un âge-clef de l'enfant. Il est remboursé à 100 %.

Qui remplit le certificat de santé ?

La famille remplit la partie administrative avant la consultation et la remet au médecin.
Le médecin remplit la partie médicale, appose son cachet et signe le document.

Comment remplir le certificat ?

Ecrivez une seule lettre par case, en laissant une case blanche entre deux mots.

Exemple : si la date de naissance est le 1^{er} janvier 2006, inscrivez

0	1	0	1	0	6
<small>jour</small>		<small>mois</small>		<small>an</small>	

Adresse :

R	E	S	I	D	E	N	C	E		D	E	S		S	A	B	L	E	S		B	A	T		D	E	S	C		Z
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---	--	---	---	---	---	--	---

Qui l'expédie et où ?

Le médecin expédie le certificat de santé **dans un délai de 8 jours** au médecin responsable du service de Protection Maternelle et Infantile du département, **sous pli cacheté portant la mention « secret médical »**.

A quoi sert le certificat de santé ?

Les certificats permettent, sous la responsabilité du médecin responsable du service de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) de votre département et dans le respect du secret médical, de s'assurer que toutes les familles sont en mesure de dispenser à leurs enfants les soins nécessaires et, le cas échéant, de leur proposer une aide (visite à domicile de puéricultrice de la PMI, information sur le suivi, soutien...). Les données issues de ces certificats sont également utilisées **de façon ANONYME** pour permettre un suivi épidémiologique de la santé des enfants.

Conformément aux dispositions de l'article L2132-3 du code de la santé publique, les renseignements rendus anonymes figurant sur les certificats de santé de votre enfant sont susceptibles de faire l'objet d'un traitement à des fins de suivi statistique et épidémiologique de la santé des enfants, aux services statistiques du ministère chargé de la santé et des **Agences Régionales de Santé (ARS) et à l'Institut de veille sanitaire et à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale**. Dans chacun de ces organismes, le traitement est supervisé par un médecin et est placé sous la responsabilité de son directeur.

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ

Quels sont vos droits d'accès à ces informations ?

Vous pouvez exercer vos droits d'accès aux **informations nominatives** issues de ce certificat, auprès du médecin responsable du service de la P.M.I. de votre département*. Votre centre de P.M.I. ou la mairie de votre commune pourront vous indiquer son adresse. Si vous constatiez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées.

* conformément à :

- la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 (informatique, fichiers et libertés) pour les services départementaux de P.M.I. utilisant l'informatique,
- la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 (liberté d'accès aux documents administratifs).