

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24^e MOIS.

Article L 2132-3 du Code de la Santé Publique

Ne pas remplir les cases tramées



N°12598*03

Enfant Nom _____
 Prénom _____
 Date de naissance _____ Sexe : Fém. Masc.
 Lieu de naissance : _____ 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 _____
 Nombre d'enfants vivant au foyer _____

Si vous faites actuellement garder votre enfant :
 Crèche collective Crèche parentale Halte-garderie Structure multi-accueils Chez vous par un tiers
 Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale Assistante maternelle indépendante Autre
Garde à temps complet, (jour ET nuit) : Assistant(e) familial(e) Pouponnière

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 :
 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 Conclusions, précisions et commentaires : _____
Effectué par :
 un omnipraticien _____
 un pédiatre _____
 un autre spécialiste _____
Réalisé dans :
 un cabinet médical privé _____
 une consultation de P.M.I. _____
 une consultation hospitalière _____
 autre _____
 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: _____
 atteste avoir examiné l'enfant le _____ jour _____ mois _____ an

Médecin : cachet - téléphone _____

 Signature _____

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. Virale B	Pneumo-coque
1 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROR	1 dose <input type="checkbox"/>		2 doses <input type="checkbox"/>		
BCG fait	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		

Il existe une recommandation de vaccination antituberculeuse Non Oui
 Autres vaccins, (précisez) : _____

Antécédents

	Non	Oui
- Prématurité <33 sem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otites à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affections broncho-pulmonaires à répétition dont plus de 3 affections « sifflantes »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident domestiques depuis le 9 ^e mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : intoxication <input type="checkbox"/> brûlures <input type="checkbox"/> Chute/traumatisme <input type="checkbox"/>		
Autres (précisez) _____		
Nombre d'hospitalisations depuis le 9 ^e mois _____		
Précisez les causes : _____		

Affections actuelles Non Oui

Si oui :

Alimentation
 Anorexie et/ou troubles de l'alimentation
 Allergie alimentaire

Troubles du sommeil

Système nerveux
 Spina bifida
 Infirmitté motrice cérébrale
 Autre *

Appareil cardio-vasculaire
 Cardiopathie congénitale
 Autre *

Appareil respiratoire
 Asthme
 Mucoviscidose
 Autre

Appareil digestif
 Reflux gastro-œsophagien
 Autre *

Maladie métabolique *
Maladie endocrinienne *

Développement psychomoteur

	Non	Oui
Comprend une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomme au moins une image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superpose des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associe deux mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche acquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui à quel âge ? _____ mois		

Mesures

Poids _____ kg, _____ Taille _____ cm, _____
 IMC _____, _____ Périmètre crânien _____ cm, _____
 Examen de l'œil : Normal non oui
 Exploration de l'audition : Normale non oui
 Dents cariées / Nombre total de dents _____ / _____

Autres informations

Allaitement au sein non oui
 Si oui :
 durée de l'allaitement au sein en semaines _____
 dont allaitement exclusif _____
 Présence d'un risque de saturnisme non oui

Appareil génito-urinaire
 Malformation urinaire
 Malformation génitale
 Autre *

Appareil ostéo-articulaire et musculaire
 Luxation de la hanche
 Autre *

Affections dermatologiques
 Eczéma
 Autre *

Maladies hématologiques
 Maladie de l'hémoglobine
 Autre *

Fente labio-palatine
Syndrome polymalformatif
Aberrations chromosomiques
 Trisomie 21
 Autre *
Autre pathologie décelée *
 * Précisez : _____

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Quand utiliser le troisième certificat de santé ?

Il doit être rempli lors de l'examen préventif obligatoire au cours du **24^e mois** de l'enfant. 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
jour mois an

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 2

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.

TROISIÈME 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).