

DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 9^e MOIS.

Article L 2132-3 du Code de la Santé Publique

Ne pas remplir les cases tramées



N°12597*04

Enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance

jour	mois	an
------	------	----

 Sexe: Fém. Masc.

Commune _____

Lieu de naissance :

Code postal _____ Commune _____

Commune _____

Adresse du domicile:

M. Mme Mlle 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 _____

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 <input type="checkbox"/> | 1 Agriculteur exploitant | 4 Profession intermédiaire |
| Père <input type="checkbox"/> | 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise | 5 Employé |
| <input type="checkbox"/> | 3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure | 6 Ouvrier |

Activité professionnelle :

- | | | |
|-------------------------------|------------------|-----------------------------------|
| Mère <input type="checkbox"/> | 1 Actif | 5 Chômeur |
| Père <input type="checkbox"/> | 2 Retraité | 6 Elève, étudiant ou en formation |
| <input type="checkbox"/> | 3 Au foyer | 7 Autre inactif |
| <input type="checkbox"/> | 4 Congé parental | |

Examen médical

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

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:

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.	Hib.	Hep. B	Pneumo-coque
1 ^{ère} 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"/>

L'enfant relève-t-il de la recommandation de vaccination antituberculeuse : oui non

BCG fait oui non

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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Accident domestique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si oui :
 Intoxication Brûlures Chute/traumatisme

Autres (précisez)

Nombre d'hospitalisations en période néonatale _____

Précisez les causes :

Après la période néonatale: _____ (précisez)

Affections actuelles

- | | Non | Oui |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Si oui :
Anorexie et/ou troubles de l'alimentation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Système nerveux
Spina bifida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infirmité motrice cérébrale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appareil cardio-vasculaire
Cardiopathie congénitale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appareil respiratoire
Mucoviscidose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Appareil digestif
Reflux gastro-œsophagien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie métabolique * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie endocrinienne * | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Développement psychomoteur

- | | Non | Oui |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Tient assis sans appui | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Réagit à son prénom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Répète une syllabe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se déplace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saisit un objet avec participation du pouce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pointe du doigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Joue à « coucou, le voilà » | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motricité symétrique des 4 membres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mesures

Poids

kg	
----	--

, _____

Taille

cm	
----	--

, _____ Périmètre crânien

cm	
----	--

, _____

Examen de l'œil : Normal non oui

Exploration de l'audition : Normale non oui

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 deuxième certificat de santé ?

Il doit être rempli lors de l'examen préventif obligatoire au cours du 9^e mois de l'enfant. Cet examen est particulièrement important, car réalisé à un âge-clé 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, inscrire

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, I, L, E, S, B, A, T, I, D, E, S, C, I, 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.

DEUXIÈME 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).