

# TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24<sup>e</sup> MOIS.

Article L 2132-3 du Code de la Santé Publique

Ne pas remplir les cases tramées



N°12598\*04

**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**

**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 \_\_\_\_\_

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 <sup>ère</sup> dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 <sup>e</sup> 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<sup>ère</sup> dose  2<sup>e</sup> dose

**Méningocoque C**

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

BCG fait oui  non

Autres vaccins (précisez) : \_\_\_\_\_

**Antécédents**

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Prématurité <33 sem  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <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 <sup>e</sup> mois                                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |

Si oui :  
 intoxication  brûlures  Chute/traumatisme

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Nombre d'hospitalisations depuis le 9<sup>e</sup> 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   
 Infirmité 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   
 Nomme au moins une image   
 Superpose des objets   
 Associe deux mots   
 Motricité symétrique des 4 membres   
 Marche acquise   
 Si oui à quel âge ? \_\_\_\_\_ mois

**Mesures**

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

IMC \_\_\_\_\_ Périmètre crânien \_\_\_\_\_

- 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<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2006, inscrire 

1	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.

## 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).