

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 8 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE.

Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986. Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.

Ne pas remplir les cases tramées



N°12596*01

Enfant

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe: Fém. Masc. Commune _____

Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse complète) _____ N° FINESS _____

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 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 <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 : (pour la mère au cours de sa grossesse, pour le père au moment de la naissance)

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	4 Congé parental	7 Autre inactif

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 :

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 fœtus : _____ 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

rachi-anesthésie 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

Apgar à 1 min _____ Apgar 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 :

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 |
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 | | 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 L2133-3 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 directions régionales des affaires sanitaires et sociales, 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.

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 constataz 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).