

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 _____ jour _____ mois _____ an 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 _____ 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 Examen effectué par: un omni praticien un pédiatre un autre spécialiste
Médecin : cachet - téléphone _____
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
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
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 : _____

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

PREMIER CERTIFICAT DE 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 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 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).