

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24^e MOIS.
Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986. Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
Ne pas remplir les cases tramées



N°12598*01

Enfant Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____ Sexe: Fém. Masc.

Lieu de naissance : _____
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. | 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"/> | | |

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

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 | <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 _____ Péri-mètre 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 DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

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, 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 | 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 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.

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).