

# PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 8 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE

Article L 2132-3 du Code de la santé publique.

Ne pas remplir les cases tramées



N° 12596\*03

# PARTIE MÉDICALE

**Enfant**

Nom

Prénom

Date de naissance       Fém.  N° FINESS            Masc.

Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse) :  COMMUNE

Numéro  Bis, Ter, ... Type (rue, ave, ...)  Nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal  Commune

Adresse du domicile M.  Mme  COMMUNE

Nom

Prénom  Tél.

Adresse Numéro  Bis, Ter, ... Type (rue, ave, ...)  Nom de la voie

Complément d'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

École primaire  Collège  Lycée  Bac+1 ou +2  Bac+3 et +

Couverture sociale (en début de grossesse) :  Sécurité sociale  Aucune  AME

**Activité professionnelle**

Mère  Père

1 Activité salariée  2 Autre activité  3 Retraité  4 Au foyer

5 Congé parental  6 Chômeur  7 Élève, étudiant ou en formation  8 Autre inactif

► Pour la mère au cours de sa grossesse, pour le père au moment de la naissance

**Examen médical**

*cachet - téléphone*

Examen effectué par un : Omnipraticien  Pédiatre  Autre  Préciser

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

Conclusions, précisions et commentaires :

*Nom et adresse du médecin qui suivra l'enfant*

Je, soussigné(e)

Signature

atteste avoir examiné l'enfant le :

Jour Mois An

**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  Parité

(Nombre total grossesses y compris actuelle) (Nombre total d'accouchements y compris actuel)

Poids  (kg) Taille  (m)

Déclaration de grossesse : Non suivie :

1<sup>er</sup> trimestre  2<sup>e</sup> trimestre  3<sup>e</sup> trimestre

Dépistage trisomie 21 Non  Oui

Nombre total d'échographies :

Échographie morphologique Non  Oui

Entretien prénatal précoce Non  Oui

Recherche antigène HBs Non  Oui

Si oui, résultat : Positif  Négatif

Alcool consommé pendant la grossesse (verres/semaine) :

Tabac consommé (cigarettes/jour) :

**Pathologies de la grossesse**

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 (nb de jours) :

Motif de l'hospitalisation : HTA  PAG  MAP

Autres motifs :

**Accouchement**

Nombre de fœtus  Si > 1, rang de naissance

Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée révolues)

Présentation : Sommet  Siège  Autre

Début du 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

En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication : Cause maternelle  Cause fœtale

**État de l'enfant à la naissance**

Poids  (g) Taille  (cm)

Périmètre crânien  (cm)

Apgar à 1 mn  Apgar à 5 mn

L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? Non  Oui

Transfert (ou mutation) Non  Oui

Si oui : Immédiat  Secondaire

Service : Réanimation  USIN  Néonatalogie

U.Kangourou  Autres  Précisez :

Même hôpital  Autre hôpital

Adresse :

**Pathologies de la première semaine**

Détresse respiratoire	Non	Oui
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 (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anomalies congénitales**

	Non	Oui
Anomalies congénitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui préciser :		
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'oesophage	<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 (précisez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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"/>
Dépistage néonatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vérification de l'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultat : Normal <input type="checkbox"/> À surveiller <input type="checkbox"/>		

Décès de l'enfant :

Âge au moment du décès en jours

ou en 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 clé de l'enfant. Il est remboursé à 100%.

### QUI REMPLIT LE CERTIFICAT DE SANTÉ ?

- 1) **La famille** remplit la partie administrative avant la consultation et la remet au médecin.
- 2) **Le médecin** remplit la partie médicale, appose son cachet et signe le document.

### COMMENT REMPLIR LE CERTIFICAT ?

Écrivez une seule lettre par case, en majuscules, sans accent, en laissant une case blanche entre deux mots.

**Exemple :** si la date de naissance est le 1<sup>er</sup> avril 2018, inscrire 

0	1	0	4	1	8
---	---	---	---	---	---

Adresse :

Numéro	Bis, Ter, ...	Type (rue, ave, ...)	Nom de la voie																																																								
1	1	8		B	L	D		V	I	C	T	O	R		H	U	G	O																																									
Complément d'adresse																																																											
B				A				T				D				E				S				C				2																															
Code postal				Commune																																																							
9				5				1				0				0				A				R				G				E				N				T				E				U				I				L			

### 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 »**.

### À QUOI SERT LE CERTIFICAT DE SANTÉ ?

Les certificats permettent, sous la responsabilité du médecin responsable du service de Protection maternelle et infantile (PMI) 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 L. 2132-3 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), à l'Agence nationale de santé publique 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 PMI de votre département\*. Votre centre de PMI 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 PMI utilisant l'informatique,
- l'article L. 311-9 et aux articles R. 311-10 à 311-15 du Code des relations entre le public et l'administration.