

# DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 9<sup>è</sup> MOIS

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

Ne pas remplir les cases tramées



N° 12597\*05

**Enfant**

Nom

Prénom

Date de naissance :        Fém.  Masc.

Lieu de naissance : Code postal       Commune    COMMUNE

Adresse du domicile M.  Mme  COMMUNE

Nom

Prénom  Tél.

Adresse Numéro     Bis, Ter... Trvs (rus, 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

Faites-vous actuellement garder votre enfant ? Non  Oui  Si oui :

Accueil collectif  Assistante maternelle  À domicile par un tiers  Autre

Profession ► inscrire le numéro correspondant à votre réponse

Mère  1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire  2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé  6 Ouvrier

Père  3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure

Activité professionnelle

Mère  1 Activité salariée 5 Congé parental  2 Autre activité 6 Chômeur  3 Retraité 7 Étève, étudiant élève ou en formation  4 Au foyer 8 Autre inactif

**Examen médical**

Examen effectué par un :  
Omnipraticien   
Pédiatre   
Autre

Réalisé dans un(e) :  
Cabinet médical privé   
Consultation de PMI   
Consultation hospitalière   
Autre

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 :

Je, soussigné(e)

atteste avoir examiné l'enfant le :

Jour Mois An

# PARTIE MÉDICALE

**Vaccinations**

Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H.Infl.	Hep. Virale B	Pneu-mocoque
1 <sup>e</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"/>
L'enfant relève-t-il de la recommandation antituberculeuse					Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
BCG fait	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
Méningocoque C	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
Autres vaccins (précisez)					<input type="text"/>

**Antécédents**

Non  Oui

Prématurité < 33 semaines

Otites à répétition

Affections broncho-pulmonaires à répétition

Accident domestique

Si oui :  
Intoxication  Brûlures  Chute/traumatisme   
Autres (précisez)

Nombre d'hospitalisations en période néonatale

Précisez les causes

Après la période néonatale

Précisez les causes

**Affections actuelles** Non  Oui

► Si oui :

Anorexie et/ou troubles de l'alimentation

Troubles du sommeil

Système nerveux

Spina bifida

Infirmité motrice cérébrale

Autre\*

Appareil cardio-vasculaire

Cardiopathie congénitale

Autre\*

Appareil respiratoire

Mucoviscidose

Autre\*

Appareil digestif

Reflux gastro-œsophagien

Autre\*

Maladie métabolique\*

Maladie endocrinienne\*

**Développement psychomoteur**

Non  Oui

Tient assis sans appui

Réagit à son prénom

Répète une syllabe

Se déplace

Saisit un objet avec participation du pouce

Imite un geste simple (bravo, au revoir...)

Motricité symétrique des 4 membres

**Mesures**

Poids     (kg)

Taille    (cm) Périmètre crânien    (cm)

Examen de l'oeil : Normal Non  Oui

Exploration de l'audition : Normale Non  Oui

**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

### QUAND UTILISER LE DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ ?

Il doit être rempli lors de l'examen préventif obligatoire au cours du 9<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 ?

- 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
Jour		Mois		An	

Adresse :

Numéro	Bis, Ter, ...	Type (rue, ave, ...)	Nom de la voie	
1	1	8	BLD	VICTOR HUGO
Complément d'adresse				
BAT D	ESC	2		
Code postal	Commune			
95100	ARGENTEUIL			

### 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.