DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 9e MOIS

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

Ne pas remplir les cases tramées

cerfa N° 12597*05

Enfant

Nom

Prénom

Date de naissance (Jour / Mois / An) Sexe : Fém. ☐ Masc. ☐

Lieu de naissance : COMMUNE

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 (Jour / Mois / An)

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 / Père
1 Agriculteur exploitant
2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure
4 Profession intermédiaire
5 Employé
6 Ouvrier

Activité professionnelle

Mère / Père
1 Activité salariée
2 Autre activité
3 Retraité
4 Au foyer
5 Congé parental
6 Chômeur
7 Élève, étudiant élève ou en formation
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	Pneumocoque
1e dose	☐	☐	☐	☐	☐
2e dose	☐	☐	☐	☐	☐

L'enfant relève-t-il de la recommandation antituberculeuse Non ☐ Oui ☐

BCG fait Non ☐ Oui ☐

Méningocoque C Non ☐ Oui ☐

Autres vaccins (précisez)

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

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 ☐

Affections actuelles

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* ☐

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 9e 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 1er 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		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.