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 non nominatives issues de ces certificats sont transmises à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé et aux agences régionales de santé (ARS) pour permettre un suivi épidémiologique et statistique de la santé des enfants, conformément à l'article L. 2132-3 du code de la santé publique. Sont également destinataires des données transmises à la DREES et aux ARS :

- l'Agence nationale de santé publique à des fins de surveillance épidémiologique ;
- l'Institut national de la santé et de la recherche médicale à des fins d'études et de recherches épidémiologiques ;
- la Caisse nationale de l'assurance maladie et le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1462-1 du code de la santé publique pour l'alimentation du système national des données de santé prévu à l'article L. 1461-1 du code de la santé publique.

Les données ainsi collectées par les services de PMI, la DREES et les ARS sont conservées jusqu'au sixième anniversaire de l'enfant.

QUELS SONT VOS DROITS QUANT AU TRAITEMENT DE CES INFORMATIONS ?

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données, dans les conditions prévues aux articles 15, 16 et 18 du Règlement général sur la protection des données (RGPD), 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 estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez également adresser une réclamation à la CNIL.

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS

Liberté
Égalité
Fraternité

cerfa
N° 12596*04

Premier certificat de santé

À établir obligatoirement dans les 8 jours suivant la naissance.
Article L 2132-3 du Code de la santé publique.

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 2 janvier 2025, inscrire :

0	2	0	1	2	5
Jour		Mois		An	

Adresse :

1	1	8				B	L	D		V	I	C	T	O	R		H	U	G	O				
Numéro				Bis, Ter, ...		Type (rue, ave...)				Nom de la voie														
B	A	T		D		E	S	C		2														
Complément (bâtiment, immeuble, escalier...)																								
9	5	1	0	0		A	R	G	E	N	T	E	U	I	L									
Code Postal						Ville ou commune																		

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 ».

Premier certificat de santé

cerfa
N° 12596*04

À établir obligatoirement dans les 8 jours suivant la naissance.
Article L 2132-3 du Code de la santé publique.

Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Jour Mois An

Sexe : Féminin ☐ Masculin ☐ Inconnu/Non déterminé ☐

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

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

Complément (bâtiment, immeuble, escalier...)

Code Postal Ville ou commune

Adresse du domicile (d'un parent) :

Nom :

Prénom : Tél. :

Adresse :

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

Complément (bâtiment, immeuble, escalier...)

Code Postal Ville ou commune

Mère (de naissance)

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : Jour Mois An

NIR : (de la mère)

Niveau d'études : École primaire ☐ Collège ☐ Lycée ☐ Bac+1 ou +2 ☐ Bac+3 et + ☐

Couverture sociale en début de grossesse :

Sécurité sociale ☐ Protection universelle maladie (PUMa) ☐ Aide médicale de l'état (AME) ☐ Aucune ☐

Famille

Nombre d'enfants vivant au foyer avant la nouvelle naissance :

Parent 2
Lien de parenté : Mère ☐ Père ☐

Profession > Inscrire le numéro correspondant à votre réponse

Mère ☐
Parent 2 ☐

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 (pour la mère au cours de la grossesse pour le parent 2 au moment de la naissance)

Mère ☐
Parent 2 ☐

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

Examen médical

Médecin qui suivra l'enfant :

Nom :

Adresse :

Examen effectué par un : Médecin généraliste ☐ Pédiatre ☐ Autre ☐

Je, soussigné(e) :

Atteste avoir examiné l'enfant le :

Jour Mois An

Médecin : Cachet et signature

Partie médicale

Antécédents

Nombre d'enfants

Nés avant 37 semaines :

pesant moins de 2 500 g :

Mort-nés :

Nés vivants puis décédés avant 28 jours :

Antécédents de césarienne : Non ☐ Oui ☐

Grossesse

Gestité : (Nombre total de grossesses y compris actuelle)

Parité : (Nombre total d'accouchements y compris actuel)

Poids : (kg) (avant la grossesse) Taille : (cm)

Déclaration de grossesse : Non suivie ☐

1er trimestre ☐ 2e trimestre ☐ 3e trimestre ☐

Dépistage trisomie 21 : Non ☐ Oui ☐

Nombre total d'échographie :

Echographie morphologique : Non ☐ Oui ☐

Entretien prénatal précoce : Non ☐ Oui ☐

Recherche antigène HBS : Non ☐ Oui ☐

Si oui résultat : Positif ☐ négatif ☐ indéterminé ☐

Alcool consommé pendant la grossesse : (verres par semaine)

Tabac consommé pendant la grossesse : (cigarettes/jour)

Addiction autres substances : Non ☐ Oui ☐

Pathologies au cours de la grossesse : Non ☐ Oui ☐

Si oui : Prééclampsie : Non ☐ Oui ☐

HTA traitée : Non ☐ Oui ☐

Diabète gestationnel : Non ☐ Oui ☐

Autre pathologie (préciser) :

Hospitalisation (y compris HAD) nombre de jours :

Motif de l'hospitalisation : HTA ☐ PAG ☐ MAP ☐

Autres motifs :

Synthèse de la consultation

Orientation vers un autre professionnel de santé : Non ☐ Oui ☐

Orientation vers une structure pluridisciplinaire (CAMSP, centre de référence, réseau...) : Non ☐ Oui ☐

Lien avec le médecin de PMI après accord des parents : Non ☐ Oui ☐

Informations éventuelles pour le service de PMI :

.....

.....

Accouchement

Nombre de fœtus : Si >1 rang de naissance :

Age gestationnel : (en semaines d'aménorrhée révolues)

Présentation : Sommet ☐ Siège ☐ Autre ☐

Début du travail : Spontané ☐ Déclenché ☐

Césarienne avant travail ☐ Analgésie au cours du travail

Rupture membranaire :

plus de 12h avant l'accouchement : Non ☐ Oui ☐

Analgésie : Analgésie au cours du travail ☐ Générale ☐

Rachianesthésie ☐ Péridurale ☐ Pas d'anesthésie ☐

Autre anesthésie ☐

Naissance par : Voie basse spontanée ☐

Voie basse instrumentale ☐ Césarienne programmée ☐

Césarienne pendant le travail ☐

En cas de naissance par césarienne quelle est l'indication :

Cause maternelle ☐ Cause fœtale ☐

Cause materno-foetale ☐

Etat de l'enfant à la naissance

Poids : (g) Taille : (cm)

Périmètre crânien : (cm)

Apgar à 1 mn : Apgar à 5 mn :

Apgar à 10 mn :

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

Transfert : Non ☐ Oui ☐

Si oui : Même hôpital ☐ Autre Hôpital ☐

Immédiat ☐ Secondaire ☐

Type de service :

Service de néonatalogie ☐ Unité Kangourou ☐

Unité de soins intensifs néonatals (USIN) ☐

Autre type de service ☐

Lieu du transfert (Adresse) :

.....

.....

Pathologie de la première semaine

Détresse respiratoire : Non ☐ Oui ☐

Antibiothérapie (de plus de 48 heures) : Non ☐ Oui ☐

Pathologie neurologique : Non ☐ Oui ☐

Urgence chirurgicale : Non ☐ Oui ☐

Autres (précisez) :

Autres informations

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐

lait infantile exclusif ☐

Traitement administré :

Immunisation contre le VRS: Non ☐ Oui ☐

Risque de tuberculose : Non ☐ Oui ☐

Vaccination par le BCG : Non ☐ Oui ☐

Hépatite B : Vaccination : Non ☐ Oui ☐

Injection d'immunoglobulines : Non ☐ Oui ☐

Dépistage de la surdité : Non ☐ Oui ☐

Résultat : normal ☐ À recontrôler ☐