

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.

Troisième certificat de santé

À établir obligatoirement au cours du 24^e mois.
Article L 2132-3 du Code de la santé publique.

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 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 ».

N° 12598*06

Assistante maternelle ☐

Partie médicale

Mesures

Poids : (kg) Taille : (cm)
 Périmètre crânien : (cm)
 Index de masse corporelle (IMC) :

Antécédents

Prématurité inférieure à 33 semaines : Non ☐ Oui ☐
 Accident domestique depuis le 9^e mois : Non ☐ Oui ☐
 Si oui :
 Choc traumatique ☐
 Brûlures ☐
 Intoxication ☐
 Autre(s) accident(s) domestique(s) ☐

Allergie alimentaire

.....

Vaccination

Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT polio – Coq – H.Infl.	Hépatite B	Pneumocoque	Méningocoque C	Méningocoque ACYW	Méningocoque B	ROR
1 ^{re} dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ^{de} dose	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 ^e dose	☐	☐	☐			☐	

Vaccin contre le rotavirus, schéma complet : Non ☐ Oui ☐ BCG fait : Non ☐ Oui ☐

Traitement administré : Immunisation contre le VRS : Non ☐ Oui ☐ Risque de tuberculose : Non ☐ Oui ☐

Examen médical

Examen effectué par un :

Médecin généraliste ☐ Pédiatre ☐ Autre ☐

Je, soussigné(e) :

Modalité d'exercice :

PMI ☐ Cabinet individuel ☐ Cabinet de groupe ☐

Etablissement public de santé ☐ Centre de santé ☐

Atteste avoir examiné l'enfant le :

Jour Mois An

Médecin : Cachet et signature

Autres informations

Allaitement au sein : Non ☐ Oui ☐
 Si oui :
 Durée de l'alimentation au lait maternel exclusif :
 (en semaines)
 Durée de l'allaitement mixte :
 (en semaines)
 Présence d'un risque de saturnisme : Non ☐ Oui ☐
 Exposition aux écrans : Jamais ☐ <1fois/semaine ☐
 >1fois/semaine ☐

Développement psychomoteur

Repérage troubles du neurodéveloppement :

Pas de trouble repéré ☐

Orientation vers une PCO ☐

Marche acquise : Non ☐ Oui ☐

Age de la marche acquise (mois) :

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 :

.....

