SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 28 février 2018 relatif aux modèles d'imprimés servant à établir les certificats de santé pour les examens médicaux préventifs réalisés dans les huit jours suivant la naissance et au cours du neuvième et du vingt-quatrième mois de la vie (*JO*RF n° 0053 du 4 mars 2018)

NOR : *SSAP1804740A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 2132-2, R. 2132-2 et R. 2132-3 ;

Vu l'avis du Haut Conseil de la santé publique du 18 juillet 2016 relatif aux recommandations d'actualisation du carnet de santé de l'enfant,

Arrête :

Art. 1er. – Les imprimés servant à établir les certificats de santé pour les examens médicaux préventifs réalisés dans les huit jours suivant la naissance et au cours du neuvième et du vingt-quatrième mois de la vie sont établis conformément aux modèles indiqués ci-dessous.

– Le certificat relatif à l'examen réalisé dans les huit jours suivant la naissance a été enregistré par le CERFA sous le numéro 12596* 03.
– Le certificat relatif à l'examen réalisé au cours du neuvième mois a été enregistré par le CERFA sous le numéro 12597* 05.
– Le certificat relatif à l'examen réalisé au cours du vingt-quatrième mois a été enregistré par le CERFA sous le numéro 12598* 05.

Les certificats sont consultables sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé à l'adresse suivante : http ://www.sante.gouv.fr/certificats-de-sante-obligatoires-de-l-enfant.html, et, pour leur version dématérialisée, sur le site de l'ASIP-santé dans l'espace du Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de santé.

Art. 2. – L'arrêté du 24 décembre 2014 relatif aux modèles d'imprimés servant à établir les certificats de santé pour les examens médicaux préventifs réalisés dans les huit jours suivant la naissance et au cours du neuvième et du vingt-quatrième mois de la vie est abrogé.

Art. 3. – Le présent arrêté entre en vigueur le 1er avril 2018.

Art. 4. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 28 février 2018.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
J. Salomon

ANNEXES

ANNEXE 1

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

cerfa N° 12596*03

Enfant

Nom

Prénom

Date de naissance (Jour / Mois / An) Sexe Fém. ☐ Masc. ☐ N° FINESS

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 (Jour / Mois / An)

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

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

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

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)

atteste avoir examiné l'enfant le : (Jour / Mois / An)

Signature

PARTIE MÉDICALE

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

Poids (kg) Taille (m)

Déclaration de grossesse : Non suivie : ☐
1er trimestre ☐ 2e trimestre ☐ 3e 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) :

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 instumentale ☐
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

	Non	Oui
Détresse respiratoire	☐	☐
Antibiothérapie (de plus de 48 heures)	☐	☐
Pathologie neurologique	☐	☐
Urgence chirurgicale	☐	☐
Autres (précisez)	☐	☐

Anomalies congénitales

	Non	Oui
Anomalies congénitales	☐	☐
Si oui préciser :		
Syndrome polymalformatif		☐
Anomalies du tube neural		☐
Fente labio-palatine		☐
Atrésie de l'œsophage		☐
Omphalocèle, gastroschisis		☐
Réduction de membres ou absence d'éléments osseux		☐

	Suspectée	Certaine
Malformation rénale	☐	☐
Hydrocéphalie	☐	☐
Malformation cardiaque	☐	☐
Trisomie 21	☐	☐
Autres (précisez)	☐	☐

Autres informations

	Non	Oui
Allaitement au sein	☐	☐
Vaccination par le BCG	☐	☐
Hépatite B : vaccination	☐	☐
Injection d'immunoglobulines	☐	☐
Dépistage néonatal	☐	☐
Vérification de l'audition	☐	☐

Résultat : Normal ☐ À surveiller ☐

Décès de l'enfant :
Âge au moment du décès en jours
ou en heures

Cause du décès :

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

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 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.

PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ

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.

ANNEXE 2

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 : (Code INSEE / Commune) — COMMUNE

Adresse du domicile M. ☐ Mme ☐ — COMMUNE

Nom

Prénom — Tél.

Adresse (Numéro / Bis, Ter / Type voie, voie / 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	Pneu-mocoque
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

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

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, avd, ...)	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.

DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

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.

ANNEXE 3

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24e MOIS

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

Ne pas remplir les cases tramées

cerfa N° 12598*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, av…) 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 :

cachet - téléphone

Je, soussigné(e)

atteste avoir examiné l'enfant le : (Jour / Mois / An)

Signature

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	☐	☐	☐	☐	☐
Rappel	☐	☐	☐	☐	☐

ROR 1 dose ☐ 2 doses ☐

Méningocoque C 1 dose ☐ 2 doses ☐

Fièvre jaune (Guyane) ☐

BCG fait : **Non** ☐ **Oui** ☐

Autres vaccins (précisez)

Antécédents

	Non	Oui
Prématurité < 33 semaines	☐	☐
Otites à répétition	☐	☐
Affections broncho-pulmonaires à répétition	☐	☐
dont plus de 3 affections «sifflantes»	☐	☐
Accident domestique depuis le 9e mois	☐	☐

Si oui : Intoxication ☐ Brûlures ☐ Chute/traumatisme ☐

Autres (précisez)

Nombre d'hospitalisations depuis le 9e mois

Précisez les causes

Développement psychomoteur

	Non	Oui
Comprend une consigne simple	☐	☐
Nomme au moins une image	☐	☐
Superpose des objets	☐	☐
Associe deux mots	☐	☐
Joue à faire semblant	☐	☐
Sollicite l'attention d'un adulte	☐	☐
Pointe du doigt	☐	☐
Marche acquise	☐	☐

Si oui, à quel âge ? mois

Mesures

Poids (kg) , Taille (cm) ,

IMC , Périmètre crânien (cm) ,

Examen de l'œil : Normal Non ☐ Oui ☐

Exploration de l'audition : Normale Non ☐ Oui ☐

Dents cariées / Nombre total de dents /

Autres informations

Allaitement au sein Non ☐ Oui ☐

Si oui :

Durée de l'allaitement au sein en semaines

Présence d'un risque de saturnisme Non ☐ Oui ☐

Affections actuelles

Affections actuelles Non ☐ Oui ☐

▶Si oui :

Alimentation
- Anorexie et/ou troubles de l'alimentation ☐
- Allergie alimentaire ☐

Troubles du sommeil ☐

Système nerveux
- Spina bifida ☐
- Infirmité motrice cérébrale ☐
- Autre* ☐

Appareil cardio-vasculaire
- Cardiopathie congénitale ☐
- Autre* ☐

Appareil respiratoire
- Asthme ☐
- 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

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

QUAND UTILISER LE TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ ?

Il doit être rempli lors de l'examen préventif obligatoire au cours **du 24e 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 01 04 18 (Jour Mois An)

Adresse :

Numéro	Bis, Ter, …	Type (rue, ave, …)	Nom de la voie
118		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.

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

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.