

TROISIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 24^e MOIS.
Loi n° 86.1307 du 29 déc. 1986. Loi n° 89.899 du 18 déc. 1989.
Ne pas remplir les cases tramées



N°12598*01

PARTIE MÉDICALE

Vaccinations

Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

	DT Polio	Coq.	H. Infl.	Hep. Virale B	Pneumo-coque
1 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROR	1 dose <input type="checkbox"/>		2 doses <input type="checkbox"/>		
BCG fait	Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		

Autres vaccins, (précisez) :

Antécédents

	Non	Oui
- Prématurité < 33 sem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Otites à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Affections broncho-pulmonaires à répétition dont plus de 3 affections « sifflantes »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident domestiques depuis le 9 ^e mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :		
intoxication <input type="checkbox"/> brûlures <input type="checkbox"/> Chute/traumatisme <input type="checkbox"/>		

Autres (précisez)

Nombre d'hospitalisations depuis le 9^e mois _____

Précisez les causes :

Affections actuelles

	Non	Oui
Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation		
Anorexie et/ou troubles de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Système nerveux		
Spina bifida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmité motrice cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil cardio-vasculaire		
Cardiopathie congénitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil respiratoire		
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucoviscidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareil digestif		
Reflux gastro-œsophagien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie métabolique *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie endocrinienne *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Développement psychomoteur

	Non	Oui
Comprend une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomme au moins une image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superpose des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associe deux mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche acquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 _____
dont allaitement exclusif _____

Présence d'un risque de saturnisme non oui

Enfant Nom _____
Prénom _____
Date de naissance _____ jour _____ mois _____ an Sexe: Fém. Masc.

Lieu de naissance : _____ Commune _____
Code postal _____ Commune _____

Adresse du domicile :
M. Mme Melle Nom _____
Prénom _____ Tél. _____
Adresse _____
Code postal _____ Commune _____

Famille Nom de naissance de la mère _____
Prénom _____ Date de naissance _____ jour _____ mois _____ an

Nombre d'enfants vivant au foyer _____

Si vous faites actuellement garder votre enfant :

Crèche collective Crèche parentale Halte-garderie Structure multi-accueils Chez vous par un tiers
 Assistante maternelle dans le cadre d'une crèche familiale Assistante maternelle indépendante Autre

Garde à temps complet, (jour ET nuit) : Assistant(e) familial(e) Pouponnière

Profession : (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)

Mère <input type="checkbox"/>	1 Agriculteur exploitant	4 Profession intermédiaire
Père <input type="checkbox"/>	2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	5 Employé
<input type="checkbox"/>	3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure	6 Ouvrier

Activité professionnelle :

Mère <input type="checkbox"/>	1 Actif	5 Chômeur
Père <input type="checkbox"/>	2 Retraité	6 Elève, étudiant ou en formation
<input type="checkbox"/>	3 Au foyer	7 Autre inactif
<input type="checkbox"/>	4 Congé parental	

Examen médical

Effectué par :

un omnipraticien
 un pédiatre
 un autre spécialiste

Réalisé dans :

un cabinet médical privé
 une consultation de P.M.I.
 une consultation hospitalière
 autre

Conclusions, précisions et commentaires :

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

Je, soussigné(e) Dr:

atteste avoir examiné l'enfant le _____ jour _____ mois _____ an

Médecin : cachet - téléphone

Signature

