

# Premier certificat de santé



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 :

Assurance maladie (Sécurité sociale) ☐

Aide médicale de l'État (AME) ☐

Autre ☐

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 ☐

1 Agriculteur exploitant

4 Profession

intermédiaire

Parent 2 ☐

2 Artisan, commerçant

5 Employé

ou chef d'entreprise

6 Ouvrier

3 Cadre ou profession

intellectuelle supérieure

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

Mère ☐

1 Activité salariée

6 Chômeur

Parent 2 ☐

2 Autre activité

7 Élève, étudiant

3 Retraité

ou en formation

4 Au foyer

8 Autre inactif

5 Congé parental

Examen médical

Médecin qui suivra l'enfant :

Nom :

Examen effectué par un : Médecin généraliste ☐

Pédiatre ☐

Autre ☐

Je, soussigné(e) :

Adresse :

Atteste avoir examiné l'enfant le :

Médecin : Cachet et signature

Jour

Mois

An

# 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 de grossesses  
y compris actuelle)

Parité : ☐

(Nombre total d'accouchements  
y compris actuel)

Poids : ☐ ☐ ☐ ☐ (kg) Taille : ☐ ☐ ☐ ☐ (cm)

(avant la grossesse)

Déclaration de grossesse : Non suivie ☐

1<sup>er</sup> trimestre ☐ 2<sup>e</sup> trimestre ☐ 3<sup>e</sup> 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 ☐

Rupture membranaire :

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

Analgesie : Analgesie 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-fœtale ☐

## 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 néonataux (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) :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Décès de l'enfant : ☐

Jour Mois An

## 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 reconrôler ☐