



# Guide de remplissage des certificats de santé du 8<sup>e</sup> jour, du 9<sup>e</sup> mois et du 24<sup>e</sup> mois

*Direction de la santé*

*Dispositif d'exploitation des données de santé et CCSPMI Hamuta*

## Introduction

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les carnets de santé des nourrissons sont fournis par le Centre de consultations spécialisées en protection maternelle et infantile (CCSPMI) de la Direction de la santé. Sont mis à disposition, dans chaque carnet de santé, les derniers modèles (2018) des trois certificats de santé :

- Le premier certificat de santé (Cerfa n°12596\*03), généralement rempli à la maternité, est établi dans les 8 jours suivant la naissance de l'enfant (CS8)
- Le deuxième certificat de santé (Cerfa n°12597\*05) est établi au cours du 9<sup>e</sup> mois de l'enfant (CS9)
- Le troisième certificat de santé (Cerfa n°12598\*05) est établi au cours du 24<sup>e</sup> mois de l'enfant (CS24)

Chacun de ces certificats comporte deux parties :

- Une partie administrative sur laquelle se trouvent des renseignements sur les parents. Cette partie peut être remplie à l'avance par les parents.
- Une partie médicale recueillant des informations sur la grossesse, l'accouchement, l'état de santé à la naissance et durant les premiers mois de l'enfant (caractéristiques staturo-pondérales, développement psychomoteur, couverture vaccinale...)

Les trois certificats doivent être adressés sous pli confidentiel, au médecin responsable du CCSPMI. Depuis 2008, le CCSPMI anonymise et traite les données des certificats de façon à pouvoir procéder au suivi épidémiologique de la santé des enfants. Les certificats de santé jouent en effet un rôle capital de surveillance sanitaire et sociale en Polynésie française, dans la mesure où ils constituent la seule source d'information standardisée et régulière concernant la périnatalité et la santé des enfants de la naissance à 2 ans. Les trois certificats de santé présentent ainsi plusieurs intérêts applicables sur l'ensemble de la Polynésie française :

- Affiner les connaissances en santé de la mère et de l'enfant
- Aide à la décision pour les politiques de santé
- Suivi longitudinal des enfants de la naissance à 24 mois
- Outil standardisé permettant des comparaisons à l'échelle nationale

### Le cas particulier du certificat de santé du 9<sup>e</sup> mois

En France, les 3 certificats de santé sont remplis avant le 8<sup>e</sup> jour de vie, à 9 mois et 24 mois.

En Polynésie, le calendrier des consultations médicales de l'enfant est légèrement différent par rapport à celui de la France hexagonale. Le 2<sup>ème</sup> certificat de santé est rempli en Pf à la consultation du 10<sup>e</sup> mois lors du rappel vaccinal et non au 9<sup>e</sup> mois de l'enfant.

Dans ce contexte, **l'établissement du certificat de santé du 9<sup>e</sup> mois est étendu au 10<sup>e</sup> mois de l'enfant en Polynésie.**

## Remplissage du certificat

Il est impératif de **bien remplir chaque champ** présent sur les certificats de santé.

Un champ laissé vide peut signifier :

- soit que l'information n'était pas connue au moment du remplissage du certificat ;
- soit une réponse négative pour une information connue du praticien qui remplit le certificat.

Dans le doute, les opérateurs de saisie des certificats ont pour consigne de considérer **un champ laissé vide comme une information inconnue**. Ainsi, un défaut de remplissage entraînera une surestimation des valeurs manquantes qui impactera le traitement statistique des certificats.

## Focus sur les activités professionnelles (CS8, CS9 et CS24) :

1. **Activité salariée** : activité légale subordonnée à un contrat de travail, en échange d'un salaire
2. **Autre activité** : travail légal mais rémunéré sous une autre forme qu'un salaire
3. **Retraité** : personne de 53 ans ou plus, sans activité professionnelle, n'étant pas au chômage, ayant déjà exercé une activité professionnelle légale
4. **Au foyer** : sans activité professionnelle légale, de moins de 60 ans (hors retraités de 53 ans ou plus et chômeurs). Inclus les moins de 14 ans, les détenus et les personnes vivant d'une activité illégale ou de la prostitution.
5. **Congé parental** : personne exerçant une activité professionnelle salariée (1 an d'ancienneté), ayant pris un congé à la suite de la naissance (dans les 3 ans) ou de l'adoption d'un enfant de moins de 16 ans afin de participer à l'éducation de l'enfant
6. **Chômeur** : personnes de 15 à 70 ans sans activité professionnelle mais ayant déjà travaillé et en recherche d'emploi
7. **Elève, étudiant ou en formation** : 15 ans ou plus dont l'activité principale est d'étudier dans un établissement d'enseignement (hors apprentis et stagiaires en entreprises, classés parmi les actifs)
8. **Autre inactif** : personnes sans activité professionnelle légale, ne remplissant aucune des conditions précédentes

## Focus sur les professions (CS9 et CS24) :

1. **Agriculteur exploitant** : agriculteurs et éleveurs salariés de leur exploitation
2. **Artisan, commerçant ou chef d'entreprise** : artisan, commerçant salarié de leur entreprise, chef d'entreprise de 10 salariés ou plus
3. **Cadre ou profession intellectuelle supérieure** :
  - professions libérales (professionnels de la santé, avocats) ;
  - cadres de la fonction publique (personnels de direction, ingénieurs et personnels techniques supérieurs, personnels administratifs) ;
  - professeurs, professions scientifiques (enseignement secondaire, enseignement supérieur et recherche publique, orientation scolaire et professionnelle, médecins, internes, pharmaciens) ;
  - professions de l'information, des arts et des spectacles (documentation, patrimoine, journalisme, création littéraire, cadre de la presse écrite, de l'édition, de l'audiovisuel et des spectacles, artistes) ;
  - cadres administratifs et commerciaux d'entreprise, ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4. **Profession intermédiaire** :
  - professeurs des écoles (écoles maternelles et enseignement élémentaire, personnels d'éducation, moniteurs d'école de conduite, formateurs et animateurs de formation continue, éducateurs sportifs, sous bibliothécaires) ;
  - professions intermédiaires de la santé et du travail social (infirmiers, sage-femme, kinés et spécialistes de la rééducation, techniciens médicaux, spécialistes de l'appareillage médical, spécialistes de l'intervention socio-éducative, spécialistes de l'animation socioculturelle et des loisirs) ;
  - clergé, religieux (séculier ou régulier) ;
  - professions intermédiaires administratives de la fonction publique, professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises, techniciens, contremaîtres et agents de maîtrise
5. **Employé** : employés civils et agents de service de la fonction publique, policiers, militaires, personnels de service directs aux particuliers
6. **Ouvrier** :
  - qualifié de type industriel, de type artisanal, de la manutention, du magasinage, du transport, chauffeurs ;
  - ouvriers non qualifiés de type industriel, de type artisanal ;
  - ouvriers agricoles

# Premier certificats de santé (CS8)

## 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 tranchées



N° 12596\*03

<b>Enfant</b>	Nom	1																	
	Prénom																		
	Date de naissance	Jour	Mois	Année	3	Sexe	Fém. <input type="checkbox"/>	Masc. <input type="checkbox"/>	N° FINESS										
	Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse) :												COMMUNE						
4	Complément d'adresse																		
	Code postal												Commune						
	Adresse du domicile M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/>												COMMUNE						
	Nom												Tél						
5	Prénom												Tél						
	Adresse																		
	Complément d'adresse																		
	Code postal												Commune						
<b>Famille</b>	Nom de naissance de la mère												Date de naissance		7				
	Prénom												Date de naissance		7				
	8												Niveau d'études de la mère		9				
	Ecole primaire <input type="checkbox"/>												Collège <input type="checkbox"/>		Lycée <input type="checkbox"/>		Bac+1 ou +2 <input type="checkbox"/>		Bac+3 et + <input type="checkbox"/>
<b>Examen médical</b>	cachet - téléphone												12		13		15		
	Examen effectué par un : Omnipraticien <input type="checkbox"/>												Pédiatre <input type="checkbox"/>		Autre <input type="checkbox"/>		Préciser		
	L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière												Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		13		
	Je demande une consultation médicale spécialisée												Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		14		
Je souhaite être contacté par le médecin de PMI												Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/>		15			
Conclusions, précisions et commentaires :																			
Nom et adresse du médecin qui suivra l'enfant												Je, soussigné(e)		Signature					
atteste avoir examiné l'enfant le :												16							

# PARTIE MÉDICALE

Antécédents		État de l'enfant à la naissance	
Nombre d'enfants :		Poids (g)	Taille (cm)
Nés avant 37 semaines	17	Périmètre crânien (cm)	46
Pesant moins de 2500 g	18	Apgar à 1 mn	47
Mort-nés	19	Apgar à 5 mn	48
Nés vivants puis décédés avant 28 jours	20	L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ?	49
Antécédents de césarienne :	21	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Grossesse		Pathologies de la première semaine	
Gestité (Nombre total)	22	Parité (Nombre total)	23
Poids (kg)	24	Taille (m)	25
Déclaration de grossesse : Non suivie :	26	Détresse respiratoire	51
1er trimestre <input type="checkbox"/> 2e trimestre <input type="checkbox"/> 3e trimestre <input type="checkbox"/>		Antibiothérapie (de plus de 48 heures)	52
Dépistage trisomie 21	27	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Nombre total d'échographies :	28	Pathologie neurologique	53
Échographie morphologique		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Entretien prénatal précoce	30	Urgence chirurgicale	54
Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Autres (précisez)	55
Recherche antigène HBs	31a	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Si oui, résultat :	31b	Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/>	
Alcool consommé pendant la grossesse (verres/semaine) :	32	Autres congénitales	56a
Tabac consommé (cigarettes/jour) :	33	Si oui préciser :	
Pathologie en cours de grossesse :	34a	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Si oui :		Syndrome polymalformatif	
Prééclampsie	34b	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
HTA traitée		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Diabète gestationnel		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Autre pathologie (préciser) :		Autres (précisez)	56d
Hospitalisation y compris au domicile (nb de jours)	35a	Malformation rénale	56c
Motif de l'hospitalisation :		Hydrocéphalie	
HTA <input type="checkbox"/> PAG <input type="checkbox"/> MAP <input type="checkbox"/>	35b	Malformation cardiaque	
Autres motifs :		Trisomie 21	
Autres motifs :		Autres (précisez)	
Nombre de fœtus	36	Si > 1, rang de naissance	37
Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée révolues)	38		
Présentation : Sommet <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	39		
Début du travail : Spontané <input type="checkbox"/> Déclenché <input type="checkbox"/>	40		
Césarienne avant travail <input type="checkbox"/>			
Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement :	41	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Analgésie : Aucune <input type="checkbox"/> Péridurale <input type="checkbox"/>	42		
Générale <input type="checkbox"/> Rachi-anesthésie <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>			
Naissance par : Voie basse non instrumentale <input type="checkbox"/>	43a		
Extraction voie basse instrumentale <input type="checkbox"/>			
Césarienne <input type="checkbox"/>			
En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication :	43b		
Cause maternelle <input type="checkbox"/> Cause fœtale <input type="checkbox"/>			
Autres informations		Autres informations	
Décès de l'enfant :		Allaitement au sein	57
Âge au moment du décès en jours	63	Vaccination par le BCG	58
ou en heures	64	Hépatite B : vaccination	59
Cause du décès :	65	Injection d'immunoglobulines	60
		Dépistage néonatal	61
		Vérification de l'audition	62a
		Résultat : Normal <input type="checkbox"/> À surveiller <input type="checkbox"/>	62b

## AIDE au REMPLISSAGE - CS8

IDENTIFICATION DE L'ENFANT		Indispensable pour relier les 3 certificats d'un même enfant et permettre un suivi complet de la naissance à 2 ans
1	NOM et PRENOM	Numéro DN de l'enfant s'il est connu
2	DATE DE NAISSANCE	Indispensable : critère de traitement des données. Précisez le <b>jour</b> , le <b>mois</b> et l' <b>année</b> pour déterminer le groupe d'inclusion.
3	SEXE	Cocher le sexe de l'enfant
4	LIEU DE NAISSANCE	Nom de l'établissement de naissance Commune si la naissance à lieu hors établissement
5	ADRESSE DU DOMICILE	Précisez la commune où vivra l'enfant à la sortie de la maternité. Le nom est celui du père, de la mère ou de la structure ou personne ayant la garde de l'enfant
FAMILLE		Les caractéristiques socio-économiques des parents et la structure du foyer peuvent être associées à des variations en termes de suivi de grossesse et d'état de santé des mères et de leurs enfants dans la période périnatale
6	NOM et PRENOM	Numéro DN de la mère
7	DATE DE NAISSANCE de la mère	Indispensable. Précisez au moins le <b>mois</b> et l' <b>année</b> de naissance de la mère.
8	NOMBRE D'ENFANTS DANS LE FOYER	Nombre total d'enfants vivant dans le foyer <b>avant la naissance</b> concernée par le certificat, avec ou sans lien de parenté
9	NIVEAU D'ETUDE de la mère	Niveau le plus haut poursuivi même si non terminé
10	ACTIVITE PROFESSIONNELLE de la mère	Activité professionnelle légale de la mère, pendant la grossesse, avant le début du congé de maternité. L'activité <b>5. Congé parental</b> ne s'applique que dans le cadre d'une précédente naissance
11	ACTIVITE PROFESSIONNELLE du père	Activité professionnelle légale du père, au moment de la naissance. L'activité <b>5. Congé parental</b> ne s'applique que dans le cadre d'une précédente naissance
EXAMEN MEDICAL		
12	QUALIFICATION	Spécialité du praticien qui a effectué l'examen de l'enfant dans le cadre de la rédaction du certificat
13	SURVEILLANCE MEDICALE	L'enfant nécessite-t-il une surveillance médicale particulière ?
14	CONSULTATION SPECIALISEE	Le suivi médical de l'enfant nécessite-t-il une consultation médicale spécialisée ?
15	CONTACT PMI	Pour demander à être contacté par un médecin du CCSPMI
16	DATE DE L'EXAMEN	Indispensable : critère de traitement des données. Précisez le <b>jour</b> , le <b>mois</b> et l' <b>année</b> pour déterminer le délai écoulé en jours entre la naissance et le moment de l'examen.
ANTECEDENTS		Concernent uniquement les grossesses antérieures à la grossesse faisant l'objet du certificat. En cas de premier accouchement : écrire « 0 » pour tous les items et cocher « non » pour les antécédents de césarienne
17	Nb d'enfants PREMATURES (< 37 SA)	Nombre d'enfants nés avant 37SA <b>avant la naissance</b> concernée par le présent certificat
18	Nb d'enfants DE MOINS DE 2500g	Nombre d'enfants nés avec un poids inférieur à 2500g <b>avant la naissance</b> concernée par le présent certificat
19	Nb d'enfants MORT-NES	Nombre d'enfants mort-nés <b>avant la naissance</b> concernée par le présent certificat
20	Nb d'enfants DECEDES AVANT 28 JOURS	Nombre d'enfants décédés avant 28 jours <b>avant la naissance</b> concernée par le présent certificat
21	ANTECEDENTS DE CESARIENNE	La mère a-t-elle déjà subies une ou plusieurs césariennes lors d'une <b>naissance précédente</b> à celle concernée par le certificat ?

## AIDE au REMPLISSAGE - CS8

GROSSESSE		Informations sur le suivi de grossesse et la santé de la mère pendant la grossesse
22	GESTITE	Nombre total de grossesses, aboutie ou non, <b>y compris actuelle</b> (au moins égale à 1)
23	PARITE	Nombre total d'accouchements (naissance vivante ou non), <b>y compris actuel</b> (au moins égale à 1)
24	POIDS	Poids habituel de la mère, avant la grossesse, en kilogrammes
25	TAILLE	Taille de la mère en mètres
26	DECLARATION DE GROSSESSE	Indiquer si la grossesse n'a pas été suivie S'il y a lieu, indiquer le moment de la déclaration de grossesse, même si celle-ci n'a pas été suivie
27	DEPISTAGE TRISOMIE 21	Au moins un dépistage (clarté nucale, échographie morphologique, amniocentèse...) a-t-il été effectué pour la grossesse actuelle ?
28	Nombre total d'ECHOGRAPHIE	Nombre total d'échographies réalisées pour la grossesse actuelle
29	ECHOGRAPHIE MORPHOLOGIQUE	Une échographie morphologique a-t-elle été effectuée pour la grossesse actuelle ? (2 <sup>e</sup> trimestre, entre 20 et 25 SA)
30	ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE	La mère a-t-elle assisté à un entretien prénatal précoce pour la grossesse actuelle ?
31a	Recherche ANTIGENE HBs	La recherche d'antigène HBs a-t-elle été faite pour la grossesse actuelle ? <i>Si non, allez à la question 32 (consommation d'alcool)</i>
31b	RESULTAT antigène HBs	Si la <b>recherche ag Hbs</b> a été faite, cocher le résultat
32	CONSOMMATION D'ALCOOL	Nombre de verres d'alcool consommés par semaine. Si plusieurs chiffres, retenir celui de la consommation en début de grossesse. Ecrire « <b>oui</b> » s'il y a consommation sans précision du nombre de verres Ecrire « <b>0</b> » si la mère n'a pas consommé d'alcool pendant la grossesse
33	CONSOMMATION DE TABAC	Nombre de cigarettes fumées par jour. Si plusieurs chiffres, retenir celui de la consommation en début de grossesse. Ecrire « <b>oui</b> » s'il y a consommation sans précision du nombre de cigarettes Ecrire « <b>0</b> » si la mère n'a pas consommé de tabac pendant la grossesse
34a	PATHOLOGIE	La mère a-t-elle présenté une pathologie pendant la grossesse (avec ou sans hospitalisation) ? <i>Si non, allez à la question 35a (hospitalisation)</i>
34b	Types de PATHOLOGIES	Si la mère a présenté une <b>pathologie</b> , s'agissait-il d'une <b>préclampsie</b> , d'une <b>HTA traitée</b> , d'un <b>diabète gestationnel</b> et/ou d'autres pathologies ? Préciser la ou les autre(s) pathologie(s) s'il y a lieu.
35a	HOSPITALISATION	Nombre de jours d'hospitalisation de la mère pendant la grossesse (en lien ou non avec les pathologies citées précédemment) ? Ecrire « <b>oui</b> » s'il y a eu hospitalisation sans précision du nombre de jours. Ecrire « <b>0</b> » si la mère n'a pas été hospitalisée et <i>aller à la question 36 (nombre de fœtus)</i>
35b	Motifs d'HOSPITALISATION	Si la mère a été <b>hospitalisée</b> , cocher le ou les motifs (HTA, PAG, MAP) et/ou préciser le(s) autre(s) motif(s) éventuel(s). HTA : traitée ou non PAG : Petit poids par rapport à l'âge gestationnel (pathologique ou non)

## AIDE au REMPLISSAGE - CS8

ACCOUCHEMENT		Conditions d'accouchement et complications liées à l'accouchement
36	Nb de FŒTUS	Indiquer le nombre de fœtus (viables et non viables) pour la grossesse actuelle <i>Si nombre de fœtus=1, allez à la question 38 (âge gestationnel)</i>
37	RANG DE NAISSANCE	<b>Pour les grossesses gémellaires/multiples uniquement</b> : indiquer le rang de naissance pour la grossesse actuelle
38	AGE GESTATIONNEL	En semaines d'aménorrhée révolues
39	PRESENTATION	Indiquer la présentation du bébé lors de l'accouchement
40	DEBUT DU TRAVAIL	Indiquer le mode de début de travail : spontané, déclenché ou césarienne avant le travail
41	RUPTURE MEMBRANAIRE	La rupture membranaire est elle survenue plus de 12h avant l'accouchement ?
42	ANALGESIE	Type d'analgésie au moment de l'accouchement
43a	MODE D'ACCOUCHEMENT	Cocher le mode d'accouchement <i>Si césarienne, allez à la question 43b (indication), sinon aller à la question 44 (poids de l'enfant)</i>
43b	INDICATION CESARIENNE	<b>En cas de césarienne</b> , cocher la cause
ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE		Informations sur la santé de l'enfant et les complications liées à la naissance
44	POIDS	Poids de l'enfant en grammes
45	TAILLE	Taille de l'enfant en centimètres
46	PERIMETRE CRANIEN	Périmètre crânien de l'enfant en centimètres
47	APGAR à 1 minute	
48	APGAR à 5 minutes	
49	GESTES TECHNIQUES	Des gestes techniques spécialisés ont-ils été pratiqués sur l'enfant à la naissance ? (Ex : aspiration sous laryngoscope, massage cardiaque...)
50a	TRANSFERT	L'enfant a-t-il été transféré ou muté vers un autre service à la naissance ? <i>Si non, aller à la question 51 (détresse respiratoire)</i>
50b	MOMENT du transfert	<b>En cas de transfert</b> , cocher le moment (immédiat ou secondaire)
50c	SERVICE de transfert	<b>En cas de transfert</b> , cocher le service de transfert (ou mutation). Si l'enfant est transféré dans un autre service que ceux proposés, préciser le service.
50d	HOPITAL de transfert	<b>En cas de transfert</b> , indiquer si le transfert à lieu dans le même hôpital ou vers un autre hôpital (quel que soit le service)
50e	ADRESSE lieu de transfert	<b>En cas de transfert vers un autre hôpital</b> , indiquer le nom de l'établissement
PATHOLOGIES DE LA PREMIERE SEMAINE		Informations sur l'état de santé de l'enfant au cours de la <u>1<sup>ère</sup></u> semaine suivant la naissance
51	DETRESSE RESPIRATOIRE	L'enfant a-t-il été traité pour une détresse respiratoire (oxygénothérapie, intubation...) au cours de la <b>1<sup>ère</sup> semaine suivant la naissance</b> ?
52	ANTIBIOTHERAPIE	L'enfant a-t-il suivi une antibiothérapie de plus de 48h au cours de la <b>1<sup>ère</sup> semaine suivant la naissance</b> ?
53	PATHOLOGIE NEUROLOGIQUE	L'enfant a-t-il été traité pour une pathologie neurologique au cours de la <b>1<sup>ère</sup> semaine suivant la naissance</b> ?
54	URGENCE CHIRURGICALE	L'enfant a-t-il fait l'objet d'une urgence chirurgicale au cours de la <b>1<sup>ère</sup> semaine suivant la naissance</b> ?
55	AUTRES	Indiquer si l'enfant a été traité pour une ou plusieurs autres pathologies au cours de la <b>1<sup>ère</sup> semaine suivant la naissance</b> et préciser la(les) pathologie(s)

## AIDE au REMPLISSAGE - CS8

<b>ANOMALIES CONGENITALES</b>		<b>Permet un bilan des anomalies congénitales pour l'ensemble de la Polynésie française.</b>
56a	PRESENCE d'anomalie	L'enfant présente-t-il une ou plusieurs anomalie(s) congénitale(s) ? <i>Si non, aller à la question 57(allaitement)</i>
56b	TYPE d'anomalie	Si l'enfant présente <b>une (des) anomalie(s) congénitale(s)</b> , cocher la ou les anomalie(s) présente(s)
56c	TYPE d'anomalie suspectée ou certaine	Si <b>une (ou plusieurs) anomalie(s) congénitale(s)</b> de la liste est (sont) au moins suspectée(s) chez l'enfant, cocher le statut de l'anomalie
56d	AUTRES anomalies	Si l'enfant présente <b>une (des) anomalie(s) congénitale(s)</b> non mentionnée(s) dans la liste, préciser la ou les anomalies dans le champ « autres »
<b>AUTRES INFORMATIONS</b>		<b>Permet un suivi de l'allaitement, de la vaccination et des troubles auditifs</b>
57	ALLAITEMENT au sein	L'enfant a-t-il été allaité <b>avec du lait maternel (au sein ou non)</b> au cours des <b>8 jours suivant la naissance</b> ?
58	VACCINATION BCG	L'enfant a-t-il été vacciné par le BCG au cours des 8 jours suivant la naissance ?
59	VACCINATION HEPATITE B	L'enfant a-t-il été vacciné contre l'hépatite B au cours des <b>8 jours suivant la naissance</b> ?
60	INJECTION IMMUNOGLOBULINES	L'enfant a-t-il reçu une injection d'immunoglobulines suite à une recherche d'antigène HBs positive chez la mère, au cours des <b>8 jours suivant la naissance</b> ?
61	DEPISTAGE NEONATAL	L'enfant a-t-il fait l'objet d'un dépistage néonatal au cours des <b>8 jours suivant la naissance</b> ?
62a	VERIFICATION AUDITION	L'audition de l'enfant a-t-elle été vérifiée au cours des <b>8 jours suivant la naissance</b> ? <i>Si non, aller à la question 63 (décès)</i>
62b	RESULTAT audition	Si l'enfant a fait l'objet d'un <b>test d'audition</b> au cours des <b>8 jours suivant la naissance</b> , indiquer le résultat du test
<b>DECES DE L'ENFANT</b>		<b>Cette partie ne doit être renseignée qu'en cas de décès de l'enfant dans les 8 jours suivants la naissance</b>
63	AGE EN JOURS	Si l'enfant est décédé entre <b>1 et 8 jours</b> après la naissance, indiquer l'âge de l'enfant <b>en jours</b> au moment du décès
64	AGE EN HEURES	Si l'enfant est décédé dans les <b>24 heures</b> suivant la naissance, indiquer l'âge de l'enfant <b>en heures</b> au moment du décès
65	CAUSE DU DECES	Si l'enfant est décédé dans les <b>8 jours</b> suivants la naissance, indiquer la cause du décès

## Deuxième certificat de santé (CS9)

### DEUXIÈME CERTIFICAT DE SANTÉ

À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT AU COURS DU 9<sup>e</sup> MOIS

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

*Ne pas remplir les cases tranchées.*



N° 12597\*05

**Enfant**

Nom 1

Prénom 1

2 Date de naissance       Sexe Fém.  3 Masc.

Lieu de naissance :       COMMUNE

4 Code postal     Commune

Adresse du domicile M.  Mme  5 COMMUNE

Nom

Prénom       Tél.

Adresse

Commune (nom et adresse)

Code postal     Commune

**Famille**

Nom de naissance de la mère 6

Prénom       Date de naissance 7

Nombre d'enfants vivant au foyer     8

9 **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

<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">10</span>	Mère	1 Agriculteur exploitant	4 Profession intermédiaire	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">12</span>	Mère	1 Activité salariée	5 Congé parental
		2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	5 Employé			2 Autre activité	6 Chômeur
<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">11</span>	Père	3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure	6 Ouvrier	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">13</span>	Père	3 Retraité	7 Élève, étudiant élève ou en formation
						4 Au foyer	8 Autre inactif

**Examen médical**

Examen effectué par un : 14

Omnipraticien

Pédiatre

Autre

Réalisé dans un(e) :

Cabinet médical privé

Consultation de PMI

Consultation hospitalière

Autre

15

L'enfant nécessite une surveillance médicale particulière Non  Oui  16

Je demande une consultation médicale spécialisée Non  Oui  17

Je souhaite être contacté par le médecin de PMI Non  Oui  18

Conclusions, précisions et commentaires :

Je, soussigné(e)

atteste avoir examiné l'enfant le :       19



## AIDE au REMPLISSAGE – CS9

IDENTIFICATION DE L'ENFANT		Indispensable pour relier les 3 certificats d'un même enfant et permettre un suivi complet de la naissance à 2 ans
1	NOM et PRENOM	Numéro DN de l'enfant
2	DATE DE NAISSANCE	Indispensable : critère de traitement des données. Précisez le <b>jour</b> , le <b>mois</b> et l' <b>année</b> pour déterminer le groupe d'inclusion.
3	SEXE	Cocher le sexe de l'enfant
4	LIEU DE NAISSANCE	Précisez la commune du lieu de naissance
5	ADRESSE DU DOMICILE	Précisez la commune du lieu de résidence de l'enfant. Le nom est celui du père, de la mère ou de la structure ou personne ayant la garde de l'enfant
<b>FAMILLE</b>		<b>Les caractéristiques socio-économiques des parents et la structure du foyer peuvent être associées à des variations en termes de suivi de grossesse et d'état de santé des mères et de leurs enfants</b>
6	NOM et PRENOM	Numéro DN de la mère
7	DATE DE NAISSANCE de la mère	Indispensable. Précisez au moins le <b>mois</b> et l' <b>année</b> de naissance de la mère.
8	NOMBRE D'ENFANTS DANS LE FOYER	Nombre total d'enfants vivant dans le foyer, avec ou sans lien de parenté
9	GARDE DE L'ENFANT	L'enfant est-il gardé par un tiers ? Si oui, cocher le mode de garde de l'enfant : accueil collectif (crèche, garderie), assistante maternelle (titulaire d'un agrément), à domicile par un tiers (nounou, famille...), autres
10	PROFESSION de la mère	Profession au moment de l'examen
11	PROFESSION du père	Voir ci-dessus « Remplissage du certificat > Focus sur les professions »
12	ACTIVITE PROFESSIONNELLE de la mère	Activité professionnelle au moment de l'examen
13	ACTIVITE PROFESSIONNELLE du père	Voir ci-dessus « Remplissage du certificat > Focus sur les activités professionnelles »
<b>EXAMEN MEDICAL</b>		
14	QUALIFICATION	Spécialité du praticien qui a effectué l'examen de l'enfant dans le cadre de la rédaction du certificat
15	LIEU DE L'EXAMEN	Indiquer le lieu où est réalisé l'examen
16	SURVEILLANCE MEDICALE	L'enfant nécessite-t-il une surveillance médicale particulière ?
17	CONSULTATION SPECIALISEE	Le suivi médical de l'enfant nécessite-t-il une consultation médicale spécialisée
18	CONTACT PMI	Pour demander à être contacté par un médecin du CCSPMI
19	DATE DE L'EXAMEN	Indispensable : critère de traitement des données. Précisez le <b>jour</b> , le <b>mois</b> et l' <b>année</b> pour déterminer le délai écoulé entre la naissance et le moment de l'examen.
<b>VACCINATIONS</b>		<b>Bilan sur le suivi vaccinal de l'enfant au cours des 9 à 10 mois suivant la naissance</b>
20	VACCINS	Pour chaque vaccin, cocher la case correspondante pour chaque dose (1 <sup>ère</sup> , 2 <sup>e</sup> ) reçue par l'enfant au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b>
21	RECOMMANDATION ANTITUBERCULEUSE	L'enfant a-t-il été exposé à un risque élevé de tuberculose au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b> ?
22	VACCINATION par le BCG	L'enfant a-t-il été vacciné par le BCG au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b> ?
23	VACCINATION MENINGOCOQUE C	L'enfant a-t-il été vacciné contre le méningocoque de souche C au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b> ?
24	AUTRES vaccins	Préciser le(s) autre(s) vaccin(s) reçu(s) par l'enfant au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b>

## AIDE au REMPLISSAGE – CS9

<b>ANTECEDENTS</b>		<b>Permet un bilan de l'état de santé des <u>9 à 10 premiers mois de vie</u> de l'enfant</b>
25	PREMATURITE (< 33 SA)	L'enfant est-il né avant 33 semaines d'aménorrhées ?
26	OTITES	L'enfant a-t-il eu plusieurs otites au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b> ?
27	AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES	L'enfant a-t-il eu plusieurs affections broncho-pulmonaires au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b> ?
28a	ACCIDENT DOMESTIQUE	L'enfant a-t-il été victime d'un ou plusieurs accident(s) domestique(s) au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b> ? <i>Si non, aller à la question 29 (hospitalisation néonatale)</i>
28b	TYPE d'accident domestique	Si l'enfant a été victime d'un ou plusieurs <b>accident(s) domestique(s)</b> , cocher le(s) type(s) d'accident(s)
28c	AUTRES accidents domestiques	Préciser le(s) <b>autre(s) accident(s) domestique(s)</b> dont a été victime l'enfant au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b>
29	HOSPITALISATION en période néonatale	Indiquer uniquement le nombre d'hospitalisations survenues <b>durant les 28 premiers jours de vie</b> de l'enfant et préciser leurs causes Ecrire « <b>oui</b> » s'il y a eu hospitalisation sans connaissance du nombre Ecrire « <b>0</b> » si l'enfant n'a jamais été hospitalisé durant ses <b>28 premiers jours de vie</b>
30	HOSPITALISATION après la période néonatale	Indiquer uniquement le nombre d'hospitalisations survenues <b>à partir du 29<sup>e</sup> jour de vie</b> de l'enfant et préciser leurs causes Ecrire « <b>oui</b> » s'il y a eu hospitalisation sans connaissance du nombre Ecrire « <b>0</b> » si l'enfant n'a pas été hospitalisé depuis son 29 <sup>e</sup> jour de vie
<b>DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR</b>		<b>Le dépistage précoce des troubles du développement permet d'orienter l'enfant vers des spécialistes pour des corrections rapides</b>
31	DEVELOPPEMENT	Indiquer la réalisation ou non de chaque item dans le cadre du développement psychomoteur de l'enfant au moment de l'examen
<b>MESURES</b>		
32	POIDS	Poids de l'enfant au moment de l'examen en kilogrammes
33	TAILLE	Taille de l'enfant au moment de l'examen en centimètres
34	PERIMETRE CRANIEN	Périmètre crânien de l'enfant au moment de l'examen en centimètres
35	EXAMEN DE L'ŒIL	L'examen ophtalmologique de l'enfant est-il normal ?
36	EXAMEN AUDITIF	L'examen auditif de l'enfant est-il normal ?
<b>AUTRES INFORMATIONS</b>		<b>Les informations abordées dans cette partie présentent un intérêt épidémiologique notamment en termes de prévention de l'obésité, d'allergies alimentaires (...) et de suivi des politiques de santé.</b>
37a	ALLAITEMENT au sein	L'enfant a-t-il été allaité <b>avec du lait maternel (au sein ou non)</b> au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b> ? <i>Si non, aller à la question 38 (saturnisme)</i>
37b	DUREE de l'allaitement	Si l'enfant a été <b>allaité au sein (exclusif ou non) ou au lait maternel</b> au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b> , indiquer la durée totale d'allaitement en <b>semaines</b>
37c	DUREE de l'allaitement EXCLUSIF	Si l'enfant a été allaité au sein ou au lait maternel au cours des <b>9 à 10 mois suivant la naissance</b> , préciser la durée totale d'allaitement exclusif au sein en <b>semaines</b>
38	SATURNISME	L'enfant est-il exposé à un risque de saturnisme ?
<b>AFFECTIONS ACTUELLES</b>		<b>Permet un bilan complet concernant les affections rencontrées par l'enfant durant le <u>9 à 10e mois de vie</u></b>
39	AFFECTIONS ACTUELLES	L'enfant présente-t-il une ou plusieurs affection(s) au <b>moment de l'examen</b> ? <i>Si oui, cocher la ou les affection(s) de l'enfant présente(s) au moment de l'examen</i> Si l'enfant présente une ou plusieurs pathologie(s) non mentionnée(s) dans la liste, la (les) préciser dans le champ ouvert à la fin de la liste



# PARTIE MÉDICALE

Indiquer une réponse affirmative en cochant la case correspondante

Vaccinations		DT Polio	Coq.	H. Inf.	Hep. Virale B	Pneu-mocoque			
1 <sup>re</sup> dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 <sup>e</sup> dose	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>21</b> ROR	1 dose <input type="checkbox"/>	2 doses <input type="checkbox"/>							
<b>22</b> Méningocoque C	1 dose <input type="checkbox"/>	2 doses <input type="checkbox"/>							
BCG fait :		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>						
Autres vaccins (précisez)									

Développement psychomoteur		Non	Oui
Comprend une consigne simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nomme au moins une image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Superpose des objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associe deux mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joue à faire semblant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollicite l'attention d'un adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pointe du doigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche acquise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à quel âge ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mois <b>32</b>

Antécédents		Non	Oui
Prématurité < 33 semaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otites à répétition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affections broncho-pulmonaires à répétition dont plus de 3 affections « sifflantes »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident domestique depuis le 9 <sup>e</sup> mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : Intoxication <input type="checkbox"/>	Brûlures <input type="checkbox"/>	Chute/traumatisme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez)			
<b>30</b> Nombre d'hospitalisations depuis le 9 <sup>e</sup> mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Précisez les causes			

Mesures		Non	Oui
Poids <b>33</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Taille <b>34</b>
IMC <b>35</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Périmètre crânien <b>36</b>
Examen de l'œil : Normal <b>37</b>	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Exploration de l'audition : Normale	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Dents cariées / Nombre total de dents	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autres informations		Non	Oui
Allaitement au sein <b>40a</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui :			
Durée de l'allaitement au sein en semaines	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Présence d'un risque de saturnisme	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Affections actuelles <b>42</b>		Non	Oui
<b>► Si oui :</b>			
<b>Alimentation</b>			
Anorexie et/ou troubles de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Troubles du sommeil</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Système nerveux</b>			
Spina bifida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmité motrice cérébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Appareil cardio-vasculaire</b>			
Cardiopathie congénitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Appareil respiratoire</b>			
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucoviscidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Appareil digestif</b>			
Reflux gastro-œsophagien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Maladie métabolique*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Maladie endocrinienne*</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Appareil génito-urinaire</b>	
Malformation urinaire	<input type="checkbox"/>
Malformation génitale	<input type="checkbox"/>
Autre*	<input type="checkbox"/>
<b>Appareil ostéo-articulaire et musculaire</b>	
Luxation de la hanche	<input type="checkbox"/>
Autre*	<input type="checkbox"/>
<b>Affections dermatologiques</b>	
Eczéma	<input type="checkbox"/>
Autre*	<input type="checkbox"/>
<b>Maladies hématologiques</b>	
Maladie de l'hémoglobine	<input type="checkbox"/>
Autre*	<input type="checkbox"/>
<b>Fente labio-palatine</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Syndrome polymalformatif</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Aberrations chromosomiques</b>	
Trisomie 21	<input type="checkbox"/>
Autre*	<input type="checkbox"/>
<b>Autre pathologie décelée*</b>	<input type="checkbox"/>
*Précisez	

## AIDE au REMPLISSAGE – CS24

<b>IDENTIFICATION DE L'ENFANT</b>		<b>Indispensable pour relier les 3 certificats d'un même enfant et permettre un suivi complet de la naissance à 2 ans</b>
1	NOM et PRENOM	<b>Numéro DN</b> de l'enfant
2	DATE DE NAISSANCE	Indispensable : critère de traitement des données. Précisez le <b>jour</b> , le <b>mois</b> et l' <b>année</b> pour déterminer le groupe d'inclusion.
3	SEXE	Cocher le sexe de l'enfant
4	LIEU DE NAISSANCE	Précisez la commune du lieu de naissance
5	ADRESSE DU DOMICILE	Précisez la commune du lieu de résidence de l'enfant. Le nom est celui du père, de la mère ou de la structure ou personne ayant la garde de l'enfant
<b>FAMILLE</b>		<b>Les caractéristiques socio-économiques des parents et la structure du foyer peuvent être associées à des variations en termes de suivi de grossesse et d'état de santé des mères et de leurs enfants</b>
6	NOM et PRENOM	<b>Numéro DN</b> de la mère
7	DATE DE NAISSANCE de la mère	Indispensable. Précisez au moins le <b>mois</b> et l' <b>année</b> de naissance de la mère.
8	NOMBRE D'ENFANTS DANS LE FOYER	Nombre total d'enfants vivant dans le foyer, avec ou sans lien de parenté
9	GARDE DE L'ENFANT	L'enfant est-il gardé par un tiers ? Si oui, cocher le mode de garde de l'enfant : accueil collectif (crèche, garderie), assistante maternelle (titulaire d'un agrément), à domicile par un tiers (nounou, famille...), autres
10	PROFESSION de la mère	Profession au moment de l'examen
11	PROFESSION du père	Voir ci-dessus « <i>Remplissage du certificat &gt; Focus sur les professions</i> »
12	ACTIVITE PROFESSIONNELLE de la mère	Activité professionnelle au moment de l'examen
13	ACTIVITE PROFESSIONNELLE du père	Voir ci-dessus « <i>Remplissage du certificat &gt; Focus sur les activités professionnelles</i> »
<b>EXAMEN MEDICAL</b>		
14	QUALIFICATION	Spécialité du praticien qui a effectué l'examen de l'enfant dans le cadre de la rédaction du certificat
15	LIEU DE L'EXAMEN	Indiquer le lieu où est réalisé l'examen
16	SURVEILLANCE MEDICALE	L'enfant nécessite-t-il une surveillance médicale particulière ?
17	CONSULTATION SPECIALISEE	Le suivi médical de l'enfant nécessite-t-il une consultation médicale spécialisée
18	CONTACT PMI	Pour demander à être contacté par un médecin du CCSPMI
19	DATE DE L'EXAMEN	Indispensable : critère de traitement des données. Précisez le <b>jour</b> , le <b>mois</b> et l' <b>année</b> pour déterminer le délai écoulé entre la naissance et le moment de l'examen.
<b>VACCINATIONS</b>		<b>Bilan sur le suivi vaccinal de l'enfant au cours des <u>24 mois suivant la naissance</u></b>
20	VACCINS	Pour chaque vaccin, cocher la case correspondante pour chaque dose (1 <sup>ère</sup> , 2 <sup>e</sup> , rappel) reçue par l'enfant au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b>
21	VACCINATION ROR	Cocher le nombre de doses de vaccin contre le ROR reçue(s) par l'enfant au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b>
22	VACCINATION MENINGOCOQUE C	Cocher le nombre de doses de vaccin contre le méningocoque de souche C reçue(s) par l'enfant au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b>
23	FIEVRE JAUNE (Guyane)	Cocher si l'enfant a été vacciné contre la fièvre jaune au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b>
24	VACCINATION par le BCG	L'enfant a-t-il été vacciné par le BCG au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b> ?
25	AUTRES vaccins	Préciser le(s) autre(s) vaccin(s) reçu(s) par l'enfant au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b>

## AIDE au REMPLISSAGE – CS24

<b>ANTECEDENTS</b>		<b>Permet un bilan de l'état de santé des 24 premiers mois de vie de l'enfant</b>
26	PREMATURITE (< 33 SA)	L'enfant est-il né avant 33 semaines d'aménorrhées ?
27	OTITES	L'enfant a-t-il eu plusieurs otites au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b> ?
28a	AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES	L'enfant a-t-il eu plusieurs affections broncho-pulmonaires au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b> ? <i>Si non, aller à la question 29a (accident domestique)</i>
28b	AFFECTIONS « sifflantes »	Si l'enfant a présenté des affections broncho-pulmonaires à répétition au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b> , y en a-t-il eu plus de 3 « sifflantes » ?
29a	ACCIDENT DOMESTIQUE	L'enfant a-t-il été victime d'un ou plusieurs accident(s) domestique(s) <b>depuis le précédent certificat de santé</b> (rédigé au <b>9<sup>e</sup> mois</b> ) ? <i>Si non, aller à la question 30 (hospitalisation)</i>
29b	TYPE d'accident domestique	Si l'enfant a été victime d'accident domestique <b>depuis le précédent certificat de santé</b> (rédigé au <b>9<sup>e</sup> mois</b> ), cocher le(s) type(s) d'accident(s)
29c	AUTRES accidents domestiques	Préciser le(s) autre(s) accident(s) domestique(s) dont a été victime l'enfant <b>depuis le précédent certificat de santé</b> (rédigé au <b>9<sup>e</sup> mois</b> )
30	HOSPITALISATION	Indiquer uniquement le nombre d'hospitalisations <b>survenues depuis le précédent certificat de santé</b> (rédigé au <b>9<sup>e</sup> mois</b> ) et préciser leurs causes Ecrire « <b>oui</b> » s'il y a eu hospitalisation sans connaissance du nombre Ecrire « <b>0</b> » si l'enfant n'a pas été hospitalisé <b>depuis le précédent certificat de santé</b> (rédigé au <b>9<sup>e</sup> mois</b> )
<b>DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR</b>		<b>Le dépistage précoce des troubles du développement permet d'orienter l'enfant vers des spécialistes pour des corrections rapides</b>
31	DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR	Indiquer la réalisation ou non de chaque item dans le cadre du développement psychomoteur de l'enfant au cours du <b>24<sup>e</sup> mois</b> <i>Si la marche n'est pas acquise, aller à la question 33 (poids de l'enfant)</i>
32	AGE DE LA MARCHÉ	Indiquer en <b>mois</b> l'âge d'acquisition de la marche le cas échéant
<b>MESURES</b>		<b>Le suivi régulier des mensurations de l'enfant est recommandé à partir de l'âge de 1 an. Il permet de repérer les rebonds d'adiposité précoce qui doivent alerter sur le développement possible d'une obésité de l'enfant</b>
33	POIDS	Poids de l'enfant au moment de l'examen en kilogrammes
34	TAILLE	Taille de l'enfant au moment de l'examen en centimètres
35	IMC	IMC = Poids (kg) / Taille <sup>2</sup> (m)
36	PERIMETRE CRANIEN	Périmètre crânien de l'enfant au moment de l'examen en centimètres
37	EXAMEN ŒIL	L'examen ophtalmologique de l'enfant est-il normal ?
38	EXAMEN AUDITION	L'examen auditif de l'enfant est-il normal ?
39	DENTITION	Indiquer le nombre de dents cariées sur le nombre total de dents
<b>AUTRES INFORMATIONS</b>		<b>Les informations abordées dans cette partie présentent un intérêt épidémiologique notamment en termes de prévention de l'obésité, d'allergies alimentaires (...) et de suivi des politiques de santé.</b>
40a	ALLAITEMENT au sein	L'enfant a-t-il été allaité <b>avec du lait maternel (au sein ou non)</b> au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b> ? <i>Si non, aller à la question 41 (saturnisme)</i>
40b	DUREE de l'allaitement	Si l'enfant a été <b>allaité au sein</b> (exclusif ou non) <b>ou au lait maternel</b> au cours des <b>24 mois suivant la naissance</b> , indiquer la durée totale d'allaitement en <b>semaines</b>
41	SATURNISME	L'enfant est-il exposé à un risque de saturnisme ?
<b>AFFECTIONS ACTUELLES</b>		<b>Permet un bilan complet concernant les affections rencontrées par l'enfant durant le 24<sup>e</sup> mois de vie</b>
42	AFFECTIONS	L'enfant présente-t-il une ou plusieurs affection(s) au <b>moment de l'examen</b> ? Si oui, cocher la ou les affection(s) de l'enfant présente(s) au <b>moment de l'examen</b> Si l'enfant présente une ou plusieurs pathologie(s) non mentionnée(s) dans la liste, la (les) préciser dans le champ ouvert à la fin de la liste

## FAQ : Foire aux questions

**Q.1 : Concernant les activités professionnelles du père et de la mère : il est parfois difficile de distinguer « inactif » de « chômeur » (l'indemnité de chômage d'existant pas en Polynésie). Ils peuvent également faire des petits boulots. Dans ce cas, s'agit-il d'une « autre activité » ?**

### Réponse :

L'objectif ici est d'avoir une idée globale de l'activité professionnelle des parents afin de pouvoir estimer la précarité économique du foyer de l'enfant, en lien avec la profession des parents, le niveau de diplôme ou encore le nombre d'enfants dans le foyer.

Même s'il n'existe pas d'indemnités chômage en Polynésie, le SEFI et l'Institut de la statistique de Polynésie française (ISPF) recensent tout de même les chômeurs déclarés. Au sens de l'ISPF, un chômeur est une personne ayant déclaré au SEFI qu'il était sans travail et en recherche d'emploi (voir les définitions de chômeurs et inactifs sur le site de l'ISPF :

<http://www.ispf.pf/themes/EmploiRevenus/EmploiChomage/Dfinitions.aspx>).

Lors du remplissage du certificat de santé, il n'est pas nécessaire d'atteindre ce niveau de précision. Comme indiqué en page 3 de ce guide, le « chômeur » a entre 15 et 70 ans, a déjà travaillé, et recherche activement du travail (légal et déclaré) au moment de la naissance pour le père et au cours de la grossesse pour la mère dans le cadre du certificat des 8 jours (cf. items 10 et 11, page 6) ou au moment de l'examen pour les deux parents pour les deux autres certificats (cf. items 12 et 13 page 12 et 16).

Si, au moment précisé ci-dessus, le père ou la mère déclare un « petit boulot » :

- s'il s'agit d'un **travail déclaré** impliquant un contrat et un salaire, il s'agira d'une « activité salariée »
- s'il s'agit d'un **travail déclaré** mais rémunéré autrement qu'avec un salaire, il s'agira d'une « autre activité »
- s'il s'agit d'un **travail non déclaré**, il ne pourra pas s'agir d' « une activité salariée » ou d' « une autre activité ».

**Q.2 : Pour l'item « hospitalisation » (item 35a pour le CS8, items 29 et 30 pour le CS9 et item 30 pour le CS24), écrire « oui » n'a pas de sens puisqu'il y a une case prévu pour un nombre, puis une cause à cocher. S'il n'y a pas d'hospitalisation, quel est l'intérêt d'écrire « 0 » ?**

### Réponse :

Il est préconisé d'écrire, « oui » à la place du nombre s'il y a bien eu hospitalisation et **si le nombre d'hospitalisations n'est pas connu**. Pour 2 principales raisons :

1°) si la case est vide, il n'est pas possible de savoir si l'absence de données dans cette case signifie :

- un oubli de remplissage de la case (codé alors « non réponse »= valeur manquante)
- une absence de réponse car le nombre d'hospitalisations n'est pas connu (codé alors « oui »)
- une absence d'hospitalisation (codé alors « zéro » ou « non »)

2°) dans l'analyse des certificats CS8 entre 2012-2016, 9,8% des motifs d'hospitalisation n'étaient pas renseignés alors que le nombre d'hospitalisation avait été précisé. Inversement, lorsque le motif d'hospitalisation n'est pas renseigné et que la case « nombre d'hospitalisation » est vide, il persiste le doute de savoir s'il y a eu ou pas au moins une hospitalisation. Le professionnel qui remplit le questionnaire peut savoir que la patiente a été hospitalisée au moins 1 fois sans connaître le nombre de fois ou le motif.

Si rien n'est précisé, l'opérateur de saisie a pour consigne de considérer systématiquement qu'il s'agit d'une valeur manquante. Ecrire « 0 » limite le nombre de valeur manquante et augmente la précision des résultats sur l'item considéré.

**Q.3 : Pour le certificat des 8 jours, si l'information concernant le test d'audition n'est pas disponible dans le carnet de santé, cela signifie-t-il qu'il n'a pas été fait ? Doit-on cocher « non » ou ne pas renseigner ?**

**Réponse :**

Si l'information n'est pas disponible, on ne peut pas savoir si le test a été fait ou non. Dans ce cas, pour signifier cette incertitude, on ne renseignera pas l'item.

**Q.4 : Pour le certificat des 8 jours, à quoi correspond le « dépistage néonatal » (item 61) ?**

**Réponse :**

Ce dépistage néonatal correspond au programme national de dépistage néonatal concernant tous les nouveau-nés qui naissent en France. Il vise à détecter et à prévenir 5 maladies :

- La phénylcétonurie
- L'hypothyroïdie congénitale
- L'hyperplasie congénitale des surrénales
- La drépanocytose
- La mucoviscidose

La réalisation ou non du test est précisée en page 9 du carnet de santé.

**Q.5 : Pour le certificat du 9<sup>e</sup> mois, le certificat étant généralement rempli au cours du 10<sup>e</sup> mois en Polynésie, faut-il remplir les vaccins effectués au cours de ce 10<sup>e</sup> mois ?**

**Réponse :**

Dans la mesure où le certificat de santé est plus souvent rempli au 10<sup>e</sup> mois en Polynésie, il a été décidé d'étendre la validité du certificat au 10<sup>e</sup> mois (cf. « Le cas particulier du certificat de santé du 9<sup>e</sup> mois », page 2). Ainsi, les informations reportées dans le certificat sont celles observées au moment de l'examen (s'il a lieu de 9 à 10 mois).

Cependant, en ce qui concerne les vaccins, le certificat du 9<sup>e</sup> mois est organisé sur la base de doses pour les 5 vaccins de base (DT polio, coqueluche, H.Infl., hépatite B et pneumocoque). Qu'il s'agisse du calendrier vaccinal français ou polynésien, les 2 premières doses de ces vaccins sont administrées avant 5 mois. En Polynésie, les rappels des vaccins sont administrés au 10<sup>e</sup> mois (à 11 mois en France) mais les **informations concernant ces rappels ne sont pas prévues dans le certificat du 9<sup>e</sup> mois** et ne seront à renseigner que lors de l'établissement du certificat de santé du 24<sup>e</sup> mois.

**Q.6 : Pour le certificat du 24<sup>e</sup> mois, faut-il écrire « 0 » si le vaccin contre la fièvre jaune n'a pas été fait ?**

**Réponse :**

Pour cet item, le certificat présente une case à cocher uniquement si le vaccin a été effectué. S'agissant d'un vaccin non obligatoire et réalisé dans des circonstances particulières, seuls les vaccins effectués sont comptabilisés, en partant du principe que si la case n'est pas cochée, il n'y a pas eu de vaccin. Dans ce cadre, il n'est pas nécessaire d'écrire « 0 » si le vaccin n'a pas été fait.

**Q.7 : Pour le certificat du 24<sup>e</sup> mois, faut-il écrire « 0 » s'il n'y a pas eu de vaccination contre le méningocoque C ?**

**Réponse :**

De même que pour tous les vaccins de la partie vaccination du certificat (sauf le BCG), seules les doses administrées sont comptabilisées, en partant du principe que si aucune dose n'est indiquée, il n'y a pas eu de vaccination. Dans ce cadre, il n'est pas nécessaire d'écrire « 0 » si le vaccin n'a pas été fait.