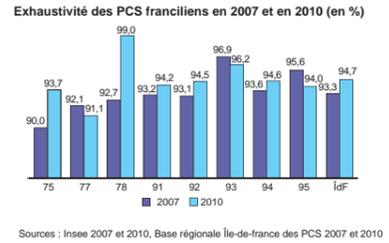


Le premier certificat de santé : un outil indispensable en périnatalité



Suivi individuel

Suivi épidémiologique



PREMIER CERTIFICAT DE SANTÉ
À ÉTABLIR OBLIGATOIREMENT DANS LES 8 JOURS SUIVANT LA NAISSANCE.

Enfant
Nom _____
Prénom _____
Date de naissance : jour _____ mois _____ an _____ Sexe: Fém. Masc. Commune _____
Lieu de naissance (nom de l'établissement, adresse complète) _____ N° FINESS _____
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 avant la nouvelle naissance _____
Niveau d'études de la mère : 1 École primaire -2 Secondaire -3 Niveau bac -4 Enseignement supérieur (inscrire 1, 2, 3 ou 4)
Profession : (inscrire le numéro correspondant à votre réponse)
Mère : 1 Agriculteur exploitant 4 Profession intermédiaire 5 Chômeur
Père : 2 Artisan, commerçant ou chef d'entreprise 5 Employé 6 Elève, étudiant ou en formation
3 Cadre ou profession intellectuelle supérieure 6 Ouvrier 7 Autre inactif

Examen médical
Médecin : cachet - téléphone _____
Examen effectué par : un omnipraticien un pédiatre un autre spécialiste
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 _____
Nom et adresse du médecin qui suivra l'enfant _____
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)
Date de la première consultation (déclaration de grossesse) : 1^{er} trimestre 2^e trimestre 3^e trimestre
Nombre total d'échographies : _____
Mesure de la clarté nucale : non oui
Échographie morphologique : non oui
Préparation à la naissance : non oui
Recherche antigène HBs : non oui
Si oui, résultat : positif négatif
Alcool consommé pendant 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) en nb de jours : _____
Motif de l'hospitalisation : HTA RCIU MAP
Autres motifs : _____
Transfert in utero : non oui

Accouchement
Nombre de fœtus : _____ si > 1, rang de naissance _____
Age gestationnel : _____ (en semaines d'aménorrhée révolues)
Présentation : sommet siège autre
Début de 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 instrumentale
césarienne programmée césarienne en urgence
En cas de naissance par césarienne, quelle est l'indication ? Cause maternelle Cause fœtale

Etat de l'enfant à la naissance
Poids : _____ grammes Taille : _____ cm
Périmètre crânien : _____ cm
Apgar à 1 min _____ Apgar à 5 min _____
L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? non oui
précisez : _____
Transfert (ou mutation) : non oui
Si oui : immédiat secondaire
Lieu du transfert (service et adresse) : _____

Pathologie de la première semaine

	Non	Oui
Oxygénothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie (de plus de 48 heures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pathologie neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgence chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anomalies congénitales

	Non	Oui
Syndrome polymalformatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalies du tube neural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fente labio-palatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atésie de l'œsophage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omphalocèle, gastroschisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réduction de membres ou absence d'éléments osseux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrocéphalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trisomie 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres informations

	Non	Oui
Allaitement au sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccination par le BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B : vaccination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
injection d'immunoglobulines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de l'audition pratiqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultat normal <input type="checkbox"/> à surveiller <input type="checkbox"/>		
Décès de l'enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age au moment du décès en jours _____ ou heures _____		
Cause du décès : _____		

S'assurer que l'adresse est actualisée +++

cf. annexe détaillée des professions

Pour la mère il s'agit de l'activité avant la date du congé maternité légal
Pour le père il s'agit de l'activité au moment de la naissance

Si oui, précisez au dessus

Si pas d'antécédent : coder 0
Si inconnu : laisser vide

Pour les grossesses multiples :
1 accouchement = 1 enfant
Parité + 1 pour le 2ème jumeau
Exemple
J1 : Gestité 1 Parité 1
J2 : Gestité 1 Parité 2

Pour indiquer une grossesse non suivie :
ne rien coder dans les cases 1^{er}, 2^e ou 3^e trimestre
Mais inscrire «grossesse non suivie» dans la partie conclusions

Si aucune consommation :
coder 0
Si inconnu : laisser vide

Si aucune hospitalisation :
coder 0
Si inconnu : laisser vide

Que le transfert in utero ait abouti ou non à un accouchement :
coder Oui

Ne pas mettre les jours
36 SA + 6 jours est codé 36

Plusieurs réponses possibles

Ventilation au masque, désobstruction sous laryngoscope...

Mutation = transfert dans le même établissement

Nom de l'établissement et Service destinataire
UME ou Kangourou : Unité-Mère-Enfant
Néonatal : service néonatalogie
USI : Unité de Soins Intensifs
Réa : Réanimation Néonatale
Chirurgie, Cardio, etc

Cohérence des réponses:
Si mère HBs positive
↓
Enfant séro-vacciné !

Si allaitement au sein et quelque soit la durée pendant le séjour :
coder Oui

Transmettre le PCS même en cas de décès de l'enfant dans les 8 premiers jours

Règles générales

- A remplir pour toute naissance vivante
- Remplir TOUS les items sauf si l'information N'EST PAS connue. Dans ce cas, laisser la case vide : la donnée sera alors considérée comme manquante
- Ecrire lisiblement qu'il s'agisse de texte ou de chiffres
- Coder individuellement les différents items, ne pas faire de trait pour en coder plusieurs