MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS

Liberté
Égalité
Fraternité

Confidentiel

Carnet de santé

SPECIMEN

Prénom :

Nom :

SPECIMEN

cerfa
N° 12593*03

Carnet de santé

Nom : .....
(en lettres capitales)

Prénoms : .....
(au complet dans l'ordre de l'état civil)

Né(e) le : .....
(le mois doit être inscrit en toutes lettres)

À : .....
(Commune et département. Pour Paris, Lyon et Marseille, indiquer l'arrondissement)

SPECIMEN

Le carnet de santé réunit toutes les informations médicales de votre enfant depuis la naissance. Il fait le lien entre les professionnels de santé et les parents.

Montrez-le à chaque rendez-vous chez le médecin, à l'hôpital, pour les vaccins ou les examens (radiologique, dentaire, etc.).

Rangez-le soigneusement pour ne pas le perdre.

Pensez à l'emporter en voyage.

Le carnet de santé est un document confidentiel protégé par le secret médical. Les informations y sont écrites avec votre accord[1]. Personne ne peut le regarder si vous n'êtes pas d'accord.

Si vous confiez le carnet de santé à votre enfant ou une autre personne, mettez-le dans une enveloppe fermée et écrivez « secret médical » sur l'enveloppe.
Les droits de votre enfant sont protégés par plusieurs textes juridiques nationaux et internationaux.

Scannez ce QR code pour accéder au guide de l'unicef Convention internationale des droits de l'enfant

Vous pourrez retrouver les conseils aux parents accessibles à tous en version numérique sur mon espace santé.

Scannez ce QR code pour vous connecter sur mon espace santé
www.monespacesante.fr

1 Art L. 2132-1 du Code de la Santé Publique (voir page 124).

Mise à jour du 04/10/2024

En cas de perte, la personne qui trouvera ce carnet est priée de le renvoyer à la dernière des adresses mentionnées ci-dessous.

Noms des parents, adresses successives et téléphone/mail :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Numéros indispensables

Médecin :

Consultation de PMI :

SAMU : **15**

Numéro d'urgence européen : **112**

Numéro d'urgence pour
les personnes sourdes ou malentendantes (SMS) : **114**

Allo enfance en danger : **119**

Numéro national de prévention du suicide : **3114**

Victime ou témoin de harcèlement : **3020**

Victime ou témoin de violences conjugales : **3919**

SPECIMEN

Table des matières

1 Généralités ..... 1 à 3

2 Période périnatale ..... 4 à 9

3 Conseils aux parents et aux adolescents ..... 10 à 30

4 Surveillance médicale ..... 31 à 97

5 Rubriques pour les professionnel(le)s ..... 98 à 122

SPECIMEN

Partie à remplir par **le professionnel de santé**

Espace destiné **aux parents** ou informations destinées **aux parents**

Espace destiné **à l'enfant ou l'adolescent** ou informations destinées **à l'enfant ou l'adolescent**

Période périnatale[1]

Parent 1
(Mère de naissance)

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

jour mois année

Poids habituel : ,___ kg

Taille : ___ cm

Parent 2

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

jour mois année

Poids habituel : ,___ kg

Taille : ___ cm

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

NOM DE LA MALADIE	CÔTÉ MATERNEL	CÔTÉ PATERNEL
Luxation de la hanche	☐	☐
Hypercholestérolémie	☐	☐
Diabète	☐	☐
HTA	☐	☐
Allergies	☐	☐
Maladie auto-immune	☐	☐
Maladie génétique	☐	☐
Si autre maladie, préciser laquelle :	☐	☐

INFORMATIONS PRÉNATALES

Nombre d'enfants vivant au foyer : .....

Groupe sanguin et facteur Rhésus de la mère : .....

Taux des agglutinines irrégulières : .....

1 Reporter ici, avec l'accord de la mère, les éléments essentiels au suivi de l'enfant

SPECIMEN

Sérologies de la mère :

	Date du dernier contrôle :	Résultat :
Toxoplasmose	jour mois année	négatif ☐ positif ☐ inconnu ☐
Rubéole	jour mois année	négatif ☐ positif ☐ inconnu ☐
Antigène HBs	jour mois année	négatif ☐ positif ☐ inconnu ☐

Autres : .....

Au cours de la grossesse :

Risque d'exposition :

à la chlordécone[1] : non ☐ oui ☐

au plomb : non ☐ oui ☐

Maladies infectieuses pendant la grossesse : non ☐ oui ☐

Si oui préciser : .....

La mère a-t-elle pris des médicaments (en dehors des suppléments usuels) : non ☐ oui ☐

A-t-elle été hospitalisée : non ☐ oui ☐

Si oui préciser le nombre de jours et le motif : .....

A-t-elle été vaccinée : Coqueluche ☐ Grippe ☐

Si autres préciser : .....

Diabète gestationnel : non ☐ oui ☐

Pré-éclampsie : non ☐ oui ☐

Échographies anténatales, anomalies décelées, contrôles à prévoir :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1 Pour les grossesses se déroulant en Guadeloupe et la Martinique

SPECIMEN

Naissance

ACCOUCHEMENT

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__| (jour / mois / année) Heure : |__|__| h |__|__| min

Lieu de naissance (nom de l'établissement et adresse) : .....

.....

Parité : .....

Grossesse multiple : si oui préciser le nombre : |__|__|

Âge 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 ☐ anesthésie générale ☐ Analgésie au cours du travail ☐
péridurale ☐ rachianesthésie ☐ Autre anesthésie ☐

Naissance par : voie basse spontanée ☐ voie basse instrumentale ☐
césarienne programmée ☐ césarienne pendant le travail ☐

En cas de césarienne, quelle est l'indication ?
maternelle ☐ fœtale ☐ materno-fœtale ☐

Couleur du liquide amniotique : clair ☐ teinté ☐
méconial ☐ sanglant ☐ autre ☐

Risque d'infection néonatale bactérienne (fièvre maternelle, rupture prolongée des membranes…) : non ☐ oui ☐

EXAMEN DE L'ENFANT À LA NAISSANCE

Poids : |__|__|__|__| g Taille : |__|__|__| cm PC : |__|__|,|__| cm

Apgar à 1 minute : |__|__| Apgar à 5 minutes : |__|__| Apgar à 10 minutes : |__|__|

L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés ? non ☐ oui ☐

Si oui, préciser : .....

Transfert : non ☐ oui ☐

Si oui, lieu du transfert (service et adresse) : .....

Soins et gestes pratiqués : vitamine K ☐ Si autre, préciser :

Perméabilité : des choanes ☐ de l'œsophage si hydramnios ☐ de l'anus ☐

Autres renseignements : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Examen dans les 8 jours qui suivent la naissance

Date : ⌊__|__|__|__|__|__|__|__⌋
jour mois année

Poids : ⌊__|__|__|__⌋ g

Taille : ⌊__|__|__⌋ cm PC : ⌊__|__⌋,⌊__⌋ cm

« Un médecin doit, au cours des huit premiers jours, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le premier certificat de santé obligatoire à cet âge. »

EXAMEN MÉDICAL

Fréquence cardiaque au repos ⌊__|__|__⌋/min

Fréquence respiratoire au repos ⌊__|__⌋/min

Souffle cardiaque	non ☐	oui ☐	Fémorales perçues	non ☐	oui ☐
Hépatomégalie	non ☐	oui ☐	Vigilance normale	non ☐	oui ☐
Splénomégalie	non ☐	oui ☐	Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐	Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Fente palatine	non ☐	oui ☐	Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Ictère :	non ☐	oui ☐	Mobilité normale	non ☐	oui ☐
Si oui, taux maximum à J (...) de bilirubine : ..... µmol/l			Fosses lombaires libres	non ☐	oui ☐
			Pied gauche normal	non ☐	oui ☐
			Pied droit normal	non ☐	oui ☐

Émission de méconium ⌊__|__|__|__|__|__⌋
jour mois année

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction)

Hanche droite normale non ☐ oui ☐

Hanche gauche normale non ☐ oui ☐

Organes génitaux : masculins ☐ féminins ☐ Non déterminés ☐

Si anomalie, préciser : .....

Autres anomalies .....

EXAMEN DES YEUX

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Cornées transparentes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Lueurs pupillaires présentes	non ☐	oui ☐

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Sortie de Maternité

Date de sortie : |__|__| jour |__|__| mois |__|__|__|__| année Poids de sortie : |__|__|__|__| g

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Ictère : non ☐ oui ☐

Si oui, prescription d'un dosage de la bilirubine + NFS non ☐ oui ☐

Dépistage de la surdité néonatale : non ☐ oui ☐

Méthode : .....

Résultat :

	Normal	**à recontrôler**
OD	☐	☐
OG	☐	☐

Si contrôle, date de rendez-vous : ...../...../.....

Réalisé par :
Nom : .....
Qualification : .....
Le : .....
Signature :

Tests biologiques de dépistage néonatal :

Dépistages néonatals réalisés : tous ☐ certains ☐ aucun ☐ Refus des parents ☐

Si certains n'ont pas été réalisés, préciser lesquels : .....

.....

Prélèvements effectués par :
Nom : .....
À : .....

Qualification : .....
Le : .....
Signature :

Traitements de sortie : vitamine K ☐ vitamine D ☐

Autres : .....

.....

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson** et **du syndrome du bébé secoué** : oui ☐

Information sur le risque de dépression post-partum : oui ☐

Observations particulières (hospitalisations en période néonatale, examens complémentaires réalisés, traitements entrepris et/ou consultations spécialisées à la maternité, recommandations éventuelles) : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SPECIMEN

Besoins particuliers : non ☐ oui ☐

Si oui, préciser les modalités (surveillance particulière / consultation spécialisée nécessaire / lien avec le médecin de PMI après accord des parents…) .....

.....

.....

Qualification : .....

Cachet et signature :

De retour à la maison

Si votre enfant garde un teint jaune au-delà de 15 jours ou si ses selles sont décolorées (couleurs pâles voir p. 31), consultez votre médecin sans attendre.

De retour à la maison, **couchez toujours votre bébé sur le dos à plat**, dans une turbulette (ou gigoteuse) à sa taille, sur un matelas ferme, sans oreiller, coussin, couverture, tour de lit, ni doudou à proximité.

Ne fumez jamais en présence de votre bébé. Le tabac est dangereux pour sa santé. Les enfants vivant dans un environnement enfumé ont plus de risque de développer des problèmes respiratoires (asthme, bronchites…).

SPECIMEN

Conseils aux parents et aux adolescents

Prendre soin de son enfant[1]

Son bien-être

Dès la naissance, se crée une rencontre privilégiée faite d'échanges entre vous et votre enfant, par les regards, l'odeur, le toucher, la voix : prenez l'habitude de prendre votre bébé dans vos bras et de lui parler.

Quand votre bébé est éveillé, installez-le sur un plan ferme (espace au sol, tapis...), dans un espace délimité et protégé, et laissez-le libre de ses mouvements. **Faites-le jouer sur le dos ou sur le ventre. Installez-vous pour jouer et parler avec lui.**

Ne fumez jamais en présence de votre bébé ou dans son lieu de vie. Le tabac est très dangereux pour sa santé.

L'arrivée d'un bébé est une bonne raison d'arrêter de fumer. N'hésitez pas à vous informer sur www.tabac-info-service.fr ou auprès d'un professionnel de santé

Scannez ce QR code pour vous connecter :
www.tabac-info-service.fr

SON BAIN

La bonne température de l'eau pour son confort et sa sécurité est de 37°C. Vérifiez toujours la température à l'aide d'un thermomètre de bain avant de plonger doucement votre bébé dans l'eau.

Tenez toujours votre bébé, **ne le laissez jamais seul et n'utilisez jamais votre téléphone portable** quand il est dans son bain.

SPECIMEN

1 Des conseils sont aussi disponibles sur le site : www.1000-premiers-jours.fr

SES PLEURS

Votre bébé peut pleurer en moyenne jusqu'à 2 heures par jour. C'est une de ses manières de s'exprimer, d'attirer votre attention. Vous apprendrez progressivement la signification des pleurs : faim, sommeil, inconfort, besoin d'un câlin, etc.

Si vous êtes déconcerté(e), si vous ne supportez plus ses pleurs, ne criez pas, et **surtout, ne le secouez pas.**

« Si votre bébé ne pleure pas comme d'habitude, que rien ne le console, prenez contact avec un professionnel de santé. »

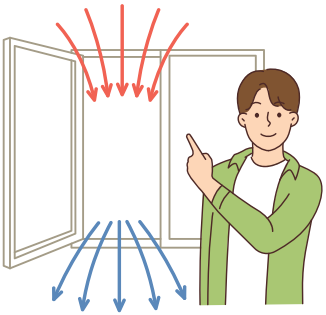
Secouer un bébé parce qu'il ne s'arrête pas de pleurer ou pour toute autre raison, risque d'entraîner des lésions cérébrales irréversibles et de le laisser handicapé à vie.

En cas d'exaspération : couchez votre bébé dans son lit - sur le dos -, quittez la pièce et demandez l'aide d'un proche (famille, ami, voisin…) ou d'un professionnel.

Conseils pour un environnement sain[1]

Certains allergènes et substances chimiques qui se cachent dans l'environnement quotidien sont potentiellement nocifs pour votre enfant. Quelques précautions permettent de limiter les risques.

À L'INTÉRIEUR DE LA MAISON



- Pensez à **aérer** la chambre de votre enfant, mais aussi les autres pièces, **au moins 10 minutes tous les jours** et au moins une fois par jour, même en hiver, pour éviter l'accumulation dans l'air de substances chimiques ;
- Réduisez le nombre de produits d'entretien, **évitez les sprays** et préférez les produits à composant unique (vinaigre blanc, bicarbonate de soude, savon noir, etc.) à dose modérée ou lavez à la vapeur ;
- N'utilisez pas de parfums d'intérieur, d'encens, de bougies, car ils sont souvent riches en substances chimiques nocives ;
- N'installez pas votre enfant dans une pièce dans laquelle des travaux exposant à des substances chimiques (peintures, vernis, colles…) ont été réalisés depuis moins de trois mois ;
- Vérifiez que les jouets et articles de puériculture (dont tétines, tapis d'éveil, matelas à langer, etc.) ont le logo **CE ou NF**, et achetez des jouets dans des magasins ou sur des sites internet de confiance ;
- Lavez les textiles (peluches et vêtements) avant la première utilisation et régulièrement, en raison de la présence possible de résidus de substances chimiques indésirables ;

1 Des conseils sont aussi disponibles sur le site 1000-premiers-jours.fr

SPECIMEN

- Utilisez des produits d'hygiène simples (savon à base végétale, sans parfum ni antibactérien, huile végétale comme l'huile d'amande douce) ;
- Évitez l'utilisation de produits cosmétiques, de parfums et d'huiles essentielles, tant pour vous que pour votre bébé ;
- **Éviter l'usage de produits contre les insectes** qui contiennent souvent des substances nocives pour vous et votre enfant, utilisez des moustiquaires ;
- Ne jamais fumer ni vapoter.

À L'EXTÉRIEUR DE LA MAISON

- Évitez de sortir votre enfant dans les périodes de fortes chaleurs et au moment des pics de pollution (en particulier les fins d'après-midi) ;
- Évitez les zones à fort trafic routier, notamment aux heures de pointe.

Élever son enfant sans violences

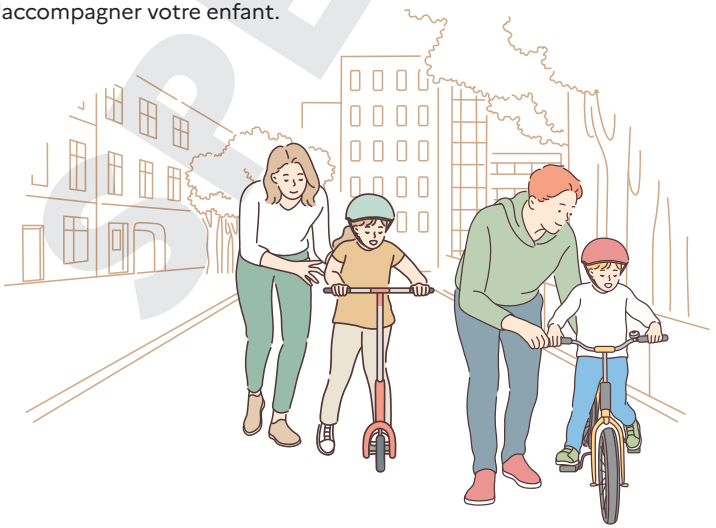
La loi du 10 juillet 2019 prévoit que « ***L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques*** ». Les violences ont un impact sur le développement de l'enfant et peuvent être responsables de nombreux troubles (anxiété, agressivité, dépression...), y compris durant sa vie d'adulte. Chaque parent est garant de la sécurité et du respect des droits de son enfant y compris vis-à-vis du coparent, de la famille et de l'entourage.

La violence psychologique

C'est crier, injurier, se moquer, rabaisser, faire peur, menacer, culpabiliser son enfant. C'est aussi ne pas répondre à ses besoins fondamentaux d'affection, de soins, de protection, ou l'exposer à des disputes familiales.

Certains mots peuvent faire très mal : « *Tu es nul, tu es incapable* ». Ils peuvent avoir des conséquences sur la confiance en soi, les relations avec les autres, la scolarité...

Il est recommandé d'expliquer, de montrer ou de répéter les consignes plusieurs fois, afin d'accompagner votre enfant.



SPECIMEN

« Élever son enfant sans violence tout en le guidant et en lui donnant des repères, le fortifie, le sécurise et lui permet de devenir un adulte épanoui, confiant, entreprenant et sociable. »

La violence physique

C'est pincer, gifler, donner une fessée, un coup de pied, frapper, secouer, tirer les cheveux, les oreilles…

Éduquer sans violence ne veut pas dire laisser tout faire. Les parents doivent guider leur enfant, lui donner des repères et le protéger.

Sachez lui dire non quand son comportement est inadapté ou dangereux pour lui ou pour les autres.

Être parent peut être très difficile et vous pouvez parfois être à bout et craquer.

Si vous sentez que vous perdez patience, que vous vous énervez contre votre enfant, **demandez de l'aide à un proche ou un ami**, parlez-en à votre médecin ou à un autre professionnel (puéricultrice, psychologue…).

Vous pouvez aussi appeler le **0 805 382 300** Service & appel gratuits, numéro vert de soutien à la parentalité.

Si vous êtes témoin d'une situation de maltraitance envers un enfant qu'il s'agisse de violences physiques, psychologiques, sexuelles, de négligences ou de mauvaises conditions d'éducation, au sein ou en dehors du cercle familial, appelez le 119.

SPECIMEN

L'alimentation

Le lait est l'aliment le plus adapté pour votre enfant au cours des 6 premiers mois.

SI VOUS L'ALLAITEZ

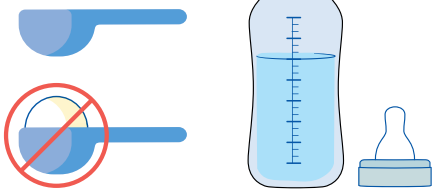
Votre lait est l'aliment le mieux adapté aux besoins de votre enfant. **Continuez d'allaiter aussi longtemps que vous le souhaitez ou que vous le pouvez.**

- Au début, donnez le sein à la demande.
- Pendant les 4 ou 6 premières semaines au moins, évitez si possible l'allaitement mixte (sein et biberon).
- L'alcool que vous buvez passe dans le lait. Ne buvez donc pas de boissons alcoolisées (bière, cidre, vin, apéritifs, etc.) pendant toute la durée de l'allaitement.
- De même, ne prenez **pas de médicament sans avis médical**.
- Si vous avez besoin d'encouragements, de conseils, de réponses à vos questions ou de parler de votre allaitement, des médecins, sages-femmes, puéricultrices de PMI, autres femmes qui allaitent ou associations de promotion de l'allaitement sont à votre écoute.

SI VOUS LUI DONNEZ LE BIBERON

- Le type de lait infantile (ou lait 1er âge) qui convient à votre bébé, les quantités à donner et les modes de reconstitution vous seront indiqués par votre médecin, sage femme, puéricultrice ou en PMI.
- Vous pouvez utiliser l'eau du robinet (sauf si l'eau a été filtrée ou adoucie) ou une eau en bouteille portant la mention « *convient pour la préparation des aliments des nourrissons* ».
- Le lait peut être donné à température ambiante.

30ml d'eau pour une mesurette rase de lait en poudre



SPECIMEN

- Si vous réchauffez le lait, **ne le faites pas au four à micro-ondes** :
  - la qualité nutritionnelle peut être altérée ;
  - il y a un risque de brûlures graves de la bouche et de la gorge.

- Agitez toujours le biberon, puis vérifiez la température du lait en versant quelques gouttes sur la face interne de votre avant-bras.
- Utilisez si possible des biberons en verre.
- Ne donnez pas de miel aux nourrissons âgés de moins de 1 an (risque de botulisme infantile).

- Il ne faut pas donner de boissons sucrées dans le biberon du soir.
- Attention les boissons végétales (lait d'amande, de soja…) ne sont pas des laits. Même enrichis en calcium, ils ne répondent pas aux besoins de l'enfant de moins de 1 an.
- Le «lait» de soja et tous les produits à base de soja sont déconseillés avant 3 ans. Ils contiennent un composant suspecté d'être un perturbateur endocrinien.

DIVERSIFIEZ SON ALIMENTATION

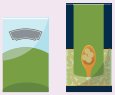
À partir de 4 mois, en plus du lait, vous pouvez commencer à donner d'autres aliments à votre enfant (voir les conseils pages suivantes).

Certains aliments peuvent être très dangereux pour les jeunes enfants.

Ne leur donnez pas de lait cru ou des fromages au lait cru, faites bien cuire la viande (steaks hachés) et suivez bien les instructions et les recettes figurant sur les emballages.

SPECIMEN

REPÈRES D'INTRODUCTION DES ALIMENTS CHEZ L'ENFANT

	CONSEILS GÉNÉRAUX	DE LA NAISSANCE À 4 MOIS
LES GRANDES ÉTAPES EN FONCTION DE L'ÂGE		*Donner uniquement du lait*
LAIT MATERNEL ET/OU PRÉPARATIONS INFANTILES		Lait maternel et/ou préparation pour nourrissons ("lait" 1er âge)
PRODUITS LAITIERS : yaourt, fromage blanc, petits suisses, fromage	- À alterner nature, non aromatisés - **Ne pas donner de lait cru ni de fromages au lait cru (risques infectieux)** sauf emmental ou comté - Les produits 0%, écrémés et demi-écrémés ne conviennent pas aux moins de 3 ans	Ne pas donner
FRUITS ET LÉGUMES : TOUS	- Plutôt de saison et produits localement bio si possible	Ne pas donner
LÉGUMES SECS : lentilles, haricots secs, pois chiches, etc. 	- Bio si possible - À proposer selon la façon dont l'enfant les digère	Ne pas donner
POMMES DE TERRE ET AUTRES FÉCULENTS : pâtes, riz, semoule, pain, dont produits complets ou semi complets	- Bio si possible - Féculents complets : proposer selon la façon dont l'enfant les digère	Ne pas donner
VOLAILLE, AUTRES VIANDES, POISSON ET ŒUFS	- Toujours très cuits - Privilégier la volaille - Poisson : 2 fois par semaine dont 1 poisson gras : sardine, maquereau, saumon… - **Ne pas donner de coquillages crus ou de préparations à base d'œuf cru**	Ne pas donner
MATIÈRES GRASSES AJOUTÉES : huile (colza, noix, olive), beurre	- À ajouter crues aux préparations maison ou du commerce si elles n'en contiennent pas - Privilégiez les huiles et variez-les	Ne pas donner
BOISSONS	La seule boisson recommandée est l'eau	**Proposer de l'eau ou multiplier les tétées en cas de fortes chaleur, de fièvre, de vomissements ou de diarrhée**
CHARCUTERIE	En dehors du jambon blanc, la charcuterie (saucisses, pâtés…) ne doit être donnée qu'exceptionnellement	Ne pas donner
SEL ET PRODUITS SALÉS	À limiter	Ne pas donner
PRODUITS SUCRÉS : ketchup , chocolat, confiseries, gâteaux, crèmes dessert, glaces…	- À limiter - À introduire à l'âge le plus tardif possible	Ne pas donner

SPECIMEN

DE 0 À 3 ANS

	ENTRE 4 ET 6 MOIS	À PARTIR DE 6/8 MOIS	DE 1 AN À 3 ANS
	- Débuter la diversification *- Proposer tous les groupes d'aliments sous forme mixée lisse* *- Si allergies dans la famille, consulter le médecin avant de débuter*	*Faire découvrir progressivement toutes les textures : des aliments mixés lisses aux aliments hachés, écrasés, puis aux petits morceaux mous*	*Donner une alimentation variée et équilibrée proche de celle recommandée pour les adultes, en quantités adaptées à l'âge de l'enfant. Continuer à donner du lait*
	Lait maternel et/ou transition "Lait infantile" 1er âge au "Lait infantile" 2e âge	Lait maternel et/ou "Lait infantile" 2e âge : minimum 500 ml/j (sans dépasser 800 ml/j de lait, produits laitiers compris)	Lait maternel et/ou "lait de croissance" et/ou alterner "lait de croissance" et lait de vache entier UHT 500 ml/j (sans dépasser 800 ml par jour de lait produits laitiers compris)
	- Quelques cuillères à café de yaourt au goûter - de temps en temps faire fondre un peu de fromage râpé dans une purée	- À partir de 8/10 mois, petit morceau de fromages mous - À partir de 10 mois, petit morceau de fromages de plus en plus durs	- 150 à 200ml de lait = un yaourt = 20 g de fromage - Toutes textures
	- Tous les jours - Quelques cuillères à café, puis augmenter progressivement selon l'appétit de l'enfant - Légumes bien cuits et mixés lisses - Fruits bien cuits et mixés en compotes non sucrées	- À chaque repas et selon l'appétit de l'enfant - Légumes bien cuits - Fruits bien mûrs ou cuits	- À chaque repas et selon l'appétit de l'enfant - Crus et cuits, toutes textures, dont morceaux à croquer
	- De temps en temps - 1 cuillère à café Bien cuits et mixés en purée lisse	- Environ 1 fois par semaine - Quelques cuillères à café - Purée écrasée à la fourchette Puis progressivement, légumes secs non mixés, bien cuits et fondants	- Au moins 2 fois par semaine - Toutes les textures
	- Le gluten peut être introduit même pour les enfants à risque d'allergie - Toujours mélangés avec des légumes : ¼ féculents mixés et ¾ légumes mixés en purée lisse	- Toujours proposés avec des légumes : moitié féculents moitié légumes - Riz, semoule, pâtes de moins en moins fines, pain, pommes de terre en petits morceaux fondants	- Tous les jours - Toutes textures - 3 à 4 cuillères à soupe par jour
	- De temps en temps puis plus régulièrement 5 g/jour = 1 cuillère à café d'aliments mixés ou d'œuf dur écrasé	10 g/jour = 2 cuillères à café ou ¼ d'œuf dur	Hachés, écrasés, puis progressivement en morceaux - **Entre 1 et 2 ans :** 20 g/jour = 4 cuillères à café ou 1/3 d'œuf dur - **Entre 2 et 3 ans :** 30 g/jour = 6 cuillères à café ou 1/2 œuf dur
	Par jour : 1 cuillère à café d'huile ou de temps en temps 1 noisette de beurre	Par jour : 1 cuillère à café d'huile ou de temps en temps 1 noisette de beurre	Par jour : 2 cuillères à café d'huile ou de temps en temps 2 noisettes de beurre
	- Eau à volonté - Éviter toutes les boissons sucrées, dont tous les types de jus de fruits, tous les sodas et les sirops	- Eau à volonté, au verre - Éviter toutes les boissons sucrées, dont tous les types de jus de fruits, tous les sodas et les sirops - Ne pas donner de boissons "light", de café, thé, sodas caféinés ni de boissons dites "énergisantes"	
	Jambon blanc possible de temps en temps, mixé très lisse : 1 cuillère à café	Jambon blanc possible de temps en temps, mixé puis en petits morceaux : 2 cuillères à café	Jambon blanc possible de temps en temps : - Entre 1 et 2 ans : 4 cuillères à café - Entre 2 et 3 ans : 6 cuillères à café
	- Ne pas saler les préparations maison ni les petits pots du commerce - Ne pas donner de produits salés (produits apéritifs…)	- Ne pas saler les préparations maison ni les petits pots du commerce - Ne pas donner de produits salés (produits apéritifs…)	- Ne pas saler les produits du commerce - Limiter la consommation de produits salés (produits apéritifs…)
	Ne pas donner de miel avant 1 an (risque infectieux)	**Ne pas donner de miel avant 1 an (risque infectieux)**	Les céréales du petit déjeuner, en général très sucrées, sont à limiter

SPECIMEN

REPÈRES DE L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE POUR LES ENFANTS À PARTIR DE 3 ANS ET LES ADOLESCENTS[1]

En raison des risques infectieux, ne pas donner de lait cru ou de fromages au lait cru, de coquillages ou poissons crus (pas de sushis) aux enfants jusqu'à 5 ans. Bien cuire la viande, en particulier la viande hachée. Éviter les œufs crus et les produits à base d'œufs crus (mayonnaise maison, mousse au chocolat maison) ou peu cuits.

FRUITS ET LÉGUMES	À chaque repas (frais, surgelés ou en conserve), pour atteindre progressivement au moins 5 fruits et légumes par jour à l'âge adulte
PAIN, PÂTES, SEMOULE ET RIZ, POMMES DE TERRE	Au moins 1 féculent complet (pain complet ou aux céréales, pâtes, semoule et riz complets) par jour

Pour instaurer de bonnes habitudes dès l'enfance, alterner sur la semaine poisson, volaille, autres viandes, œufs

LÉGUMES SECS (LENTILLES, HARICOTS, POIS CHICHES, ETC.)	Au moins 2 fois par semaine En accompagnement de viande ou poisson ou consommés seuls ou avec d'autres légumes ou avec pâtes, riz ou semoule
VOLAILLE, AUTRES VIANDES ET CHARCUTERIE	En dehors du jambon blanc ou de volaille de temps en temps, la charcuterie ne doit être consommée qu'exceptionnellement
POISSON	2 fois par semaine en alternant poisson gras (sardines, maquereau, hareng, saumon) et poisson maigre (merlan, lieu noir…)
PRODUITS LAITIERS (LAIT, YAOURTS, FROMAGE BLANC, FROMAGE)	3 par jour. Par exemple, un yaourt nature, un verre moyen de lait (150 mL) et un morceau de fromage (30 g).
FRUITS À COQUE NON SALÉS (NOIX, NOISETTES, AMANDES, ETC.)	Avant les 6 ans de votre enfant, **ne pas les donner entiers** mais en poudre ou sous forme de beurre dans les préparations plusieurs fois par semaine.
MATIÈRES GRASSES	Tous les jours en petites quantités Privilégier l'huile de colza, de noix et d'olive
PRODUITS SUCRÉS, GRAS, SALÉS ET ULTRA-TRANSFORMÉS	Limiter leur consommation et limiter les produits avec un Nutri-Score D ou E.
BOISSONS	Boire de l'eau à volonté, limiter les boissons sucrées (sodas, jus de fruits, sirops, boissons aux fruits) et ne pas donner de boissons alcoolisées.
SEL ET PRODUITS SALÉS (BISCUITS APÉRITIFS, CHARCUTERIE, SNACKS SALÉS, NUGGETS, PIZZAS, ETC.)	Limiter leur consommation Beaucoup du sel consommé par les enfants vient des produits transformés
ACTIVITÉ PHYSIQUE	**Jusqu'à 5 ans**, il est recommandé qu'un enfant « bouge » au moins 3 heures par jour par des activités variées et ludiques : marcher, courir, sauter, lancer une balle… À partir de 6 ans : au moins 1 h par jour, dont 3 fois par semaine des activités intenses (jeux de ballons, saut à la corde, danse, VTT…) ; Limiter le temps passé assis et se lever au moins toutes les 2 h.

SPICY

1 D'après les recommandations de Santé publique France

Les conseils pour bien dormir

Coucher votre bébé

La température de la chambre où dort votre bébé doit être comprise entre 18° et 20° C.

Dès la naissance, couchez votre bébé **sur le dos, à plat,** dans son propre lit, dans une « turbulette » ou une « gigoteuse » adaptée à sa taille.

Ne le couchez jamais sur le ventre, ni sur le côté, même s'il régurgite.

Il vaut mieux, si c'est possible, placer son lit dans votre chambre pour les 6 premiers mois au minimum.

Utilisez un lit à barreaux sans tour de lit, avec un matelas ferme recouvert d'un drap-housse bien fixé. **Les objets mous qui risquent de couvrir sa tête ou son visage sont dangereux** (oreiller, couverture, couette, cale-bébé, cale-tête, coussin d'allaitement, jouets…).

Dans un lit parapluie, il est dangereux d'ajouter un 2e matelas.

Les lits d'adultes, fauteuils, canapés, poufs ne sont pas adaptés pour le sommeil des nourrissons, y compris pour une courte sieste.

Ne lui donnez jamais de médicaments pour dormir.

Laissez bébé bouger dans son lit.

Ne vous endormez pas avec votre bébé dans vos bras.

Respecter ces conseils permet de réduire au maximum le risque de mort inattendue du nourrisson.

SON SOMMEIL

De 6 mois à 1 an, couchez votre bébé encore éveillé afin **qu'il apprenne à trouver son sommeil tout seul**.

Ne lui donnez **pas le biberon du soir dans son lit** au moment du coucher.

Son lit est réservé au sommeil – n'y mettez pas de jouets.

Le coucher est un moment important à partager avec votre enfant. Reprenez toujours la même routine y compris le week-end et en vacances (garder les mêmes horaires notamment pour les siestes, souhaiter une bonne nuit à son enfant, éteindre la lumière…) Diminuez l'intensité de la lumière le soir et ouvrez grand les volets le matin car l'alternance lumière/obscurité est importante pour qu'il se cale sur un rythme jour/nuit.

Aller au lit ne doit jamais être une punition.

Des difficultés, comme le refus de s'endormir ou des réveils plusieurs fois dans la nuit, sont relativement fréquentes et elles sont souvent dues au fait que l'enfant a oublié – ou n'a jamais appris – comment s'endormir seul et qu'il associe la présence de ses parents à l'endormissement.

Si votre bébé se réveille la nuit, attendez un peu pour lui laisser le temps de retrouver son sommeil tout seul. Ces éveils sont normaux.

Si les troubles du sommeil persistent, parlez-en à votre médecin ou à un autre professionnel (puéricultrice ou psychologue) car des enfants peuvent avoir besoin d'une intervention thérapeutique.

De la naissance à la fin de l'adolescence, le sommeil évolue. Il existe dès le plus jeune âge des différences avec des enfants « petits dormeurs » ou « grands dormeurs ».

SPECIMEN

Les maladies

Pour limiter la transmission des infections :

- lavez-vous bien les mains avant et après vous être occupé(e) de votre bébé ;
- évitez qu'on l'embrasse sur le visage et les mains, surtout si la personne est malade ou enrhumée ;
- **évitez, si possible, les lieux publics très fréquentés (centres commerciaux, transports en commun…), particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite.**

Ne lui donnez pas de médicament sans avis médical.

AVANT 3 MOIS

Faites examiner rapidement votre bébé s'il :

- a la diarrhée (selles brutalement plus liquides et plus fréquentes) car il peut se déshydrater rapidement, surtout s'il vomit. Donnez-lui à boire un soluté de réhydratation orale[1] (SRO) tous les quarts d'heure, par petites quantités à la fois ;
- a de la fièvre. Découvrez-le et donnez-lui à boire ;
- est gêné pour respirer ;
- a un comportement inhabituel.

À PARTIR DE TROIS MOIS

SI VOTRE ENFANT A DE LA FIÈVRE

La fièvre, qu'est-ce que c'est ? Une température supérieure à 38° C.

La température se mesure avec un thermomètre sur le front ou dans l'oreille à acheter en pharmacie.

Adoptez les bons gestes :

- habillez-le très légèrement (pas de turbulette ou de surpyjama pour dormir) ;
- proposez-lui à boire plus souvent que d'habitude ;
- ne chauffez pas trop sa chambre (si possible entre 18° C et 20° C).

Observez votre enfant et surveillez son comportement.

- **Si son comportement est inhabituel et vous inquiète**, que votre enfant est abattu ou moins réactif, si l'aspect de sa peau a changé, s'il rougit, pâlit, a des boutons : **Consultez immédiatement un médecin.**
- **S'il sourit, bouge, joue et mange comme d'habitude,** c'est qu'il supporte bien sa fièvre. Il n'est pas indispensable de lui donner un médicament pour faire baisser sa température.

Plusieurs médicaments peuvent faire baisser la fièvre. Privilégiez le paracétamol, sauf avis contraire du médecin. Avant d'en donner, vérifiez bien que votre enfant n'en a pas déjà reçu sous un autre nom ou sous une autre forme.

1 SRO, disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non sucrée.

SPECIMEN

Il est déconseillé de donner des médicaments différents en alternance.

Respectez strictement les recommandations indiquées dans la notice, la dose adaptée au poids de votre enfant et le délai entre les prises. En cas de doute, parlez en à votre pharmacien.

Consultez le médecin de votre enfant, s'il a toujours de la fièvre au bout de 48h.

Les fièvres de l'enfant sont très souvent dues à des virus. Les antibiotiques sont le plus souvent inutiles.

SI VOTRE ENFANT A UNE DIARRHÉE

La diarrhée, qu'est-ce que c'est ? C'est l'apparition brutale de selles plus nombreuses et plus liquides.

Que faire ?

Dans tous les cas, donnez-lui à boire une solution de réhydratation orale[1] (SRO) toutes les 15 minutes au début, et prenez sa température régulièrement.

Si votre enfant se comporte comme d'habitude : il joue, bouge, mange, il ne vomit pas, surveillez-le pendant 48 heures.

Si votre enfant a toujours la diarrhée au bout de 48 heures, il faut consulter votre médecin.

Si votre enfant (une des situations suivantes) :

- a du sang dans les selles ;
- a des vomissements persistants ;
- refuse toute alimentation ;
- a une température supérieure à 38,5° C ;
- est très fatigué ;
- n'est pas comme d'habitude.

Consultez immédiatement votre médecin

SI VOTRE ENFANT VOMIT

Et si une des situations suivantes :

- il a un comportement inhabituel ;
- il a plus de 38,5° C ;
- il a plusieurs selles liquides ;
- il refuse de téter ou de boire ses biberons ;
- les vomissements sont répétés ;
- le vomissement est sanglant ou vert.

Consultez immédiatement votre médecin

SI VOTRE ENFANT A DU MAL À RESPIRER

Si le début de la gêne est brutal et/ou que votre enfant a avalé quelque chose de travers, appelez le 15 (SAMU).

Si votre enfant se comporte comme d'habitude : il joue, bouge, mange :

- débouchez son nez souvent : lavez le nez avec du sérum physiologique (dosette ou pulvérisateur) et mouchez-le ;
- mettez-le en position semi-assise même la nuit ;
- faites-le boire souvent.

Si votre enfant (une des situations suivantes) :

- tousse sans arrêt ;
- siffle en respirant ;
- est gêné pour manger ou boire ;
- est très essoufflé ;
- n'est pas comme d'habitude ;
- a une température supérieure à 38,5° C ;
- a une voix différente.

Consultez immédiatement votre médecin

1 SRO, disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non sucrée.

SPECIMEN

Les troubles sensoriels et du neurodéveloppement

Des troubles sensoriels (vue et audition), peuvent gêner le développement de votre enfant. En cas de problème, une prise en charge précoce est recommandée.

La VISION de votre bébé se développe dès les premières semaines de vie, soyez vigilants si :

- vous observez un reflet blanc dans le noir de la pupille ;
- il y a des antécédents de troubles oculaires dans votre famille ;
- votre enfant est né prématurément ;
- vous observez qu'un œil est rouge ;
- votre enfant louche, en permanence ou par moments ;
- ses yeux larmoient en permanence ;
- vous trouvez que son regard est inexpressif, qu'il cligne des yeux ou les plisse souvent.

Toute suspicion d'anomalie nécessite une consultation auprès d'un ophtalmologiste.

L'AUDITION de votre bébé est essentielle pour qu'il apprenne à parler.

Dès la naissance, soyez vigilants si :

- votre enfant ne réagit pas aux bruits inattendus ;
- quelqu'un dans votre famille a porté une prothèse auditive avant l'âge de 50 ans ;
- vous vous posez des questions sur l'audition de votre enfant.

Ne laissez pas votre enfant de façon prolongée dans un environnement bruyant. Si vous suspectez des anomalies d'audition chez votre enfant, n'hésitez pas à consulter un médecin.

LE DÉVELOPPEMENT de votre enfant se fait à son rythme mais certains retards doivent inciter à agir et consulter rapidement votre médecin.

Soyez vigilants :

Si votre enfant est en retard pour s'asseoir, marcher, tenir des objets, parler, se socialiser. Un livret est à votre disposition pour noter vos observations avant d'aller chez le médecin : Livret « **Parents et professionnels de la petite enfance, soyons attentifs ensemble au développement de votre enfant** ».

Si votre médecin constate des écarts de développement, il vous orientera vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) qui organisera, pour votre enfant, des bilans et interventions sans avancer d'argent.

Scannez ce QR code pour télécharger le livret.

Agir tôt permet d'améliorer le développement de votre enfant.

« Si vous avez remarqué quelque chose qui ne vous semble pas normal concernant la vision, l'audition ou le développement de votre enfant, parlez-en rapidement à votre médecin, qui vous conseillera et vous orientera vers un spécialiste ou une PCO, si nécessaire. »

SPECIMEN

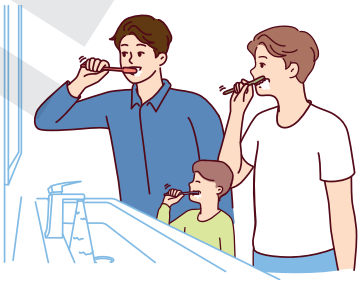
Les premières dents

Les premières dents apparaissent généralement au cours de la première année. Vers 30 mois, l'enfant aura ses 20 dents temporaires (dites « de lait »). Il est important d'en prendre soin car elles servent à manger, parler, avoir un joli sourire et permettent le développement des mâchoires.

Les caries sur les dents de lait non traitées peuvent affecter les dents définitives.

Les premières dents définitives apparaissent vers 6 ans. Ce sont les dents que nous gardons à vie, c'est un capital précieux à entretenir.

HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE



Les bonnes habitudes commencent tôt, dès l'éruption des dents, c'est le meilleur moyen pour éviter les caries.
Brossez les dents de votre enfant, 2 fois par jour (1 fois le matin et 1 fois le soir) avec un dentifrice fluoré.
La quantité de dentifrice varie avec l'âge (une trace jusqu'à 3 ans, un petit pois jusqu'à 6 ans, puis un tiers de la brosse à dent junior ou adulte).
Utilisez une brosse souple adaptée à l'âge de l'enfant.
À chaque saison, il faut changer de brosse à dents, soit 4 brosses à dents par an.
Le brossage du soir doit se faire après la prise d'aliment. Plus aucun aliment ni boisson ne doivent être consommés après (en dehors de l'eau).
Les boissons sucrées sont sources de caries et d'autres problèmes tels que le surpoids.
Habituez votre enfant à ne boire que de l'eau pendant et en dehors des repas.
En grandissant, votre enfant va apprendre à avoir un brossage efficace, n'hésitez pas à l'aider pour les dents du fond de la bouche.

RENDEZ-VOUS CHEZ LE DENTISTE

La première consultation chez le dentiste est conseillée **à 1 an**, même en l'absence de signe particulier, puis au moins une fois par an.

À partir de 3 ans et jusqu'à 24 ans, votre enfant peut bénéficier d'examens bucco-dentaires de prévention gratuits grâce au programme M'T dents[1]. Le dentiste pourra remplir les pages 110 et 111 du carnet de santé.

LES TRAUMATISMES DENTAIRES

En cas d'accident ou de chute, il faut consulter un dentiste, même s'il s'agit d'un simple choc.

LES BONS RÉFLEXES : LA MÉTHODE 1,2,3

1. Une visite par an chez le dentiste
2. Deux brossages des dents par jour (matin et soir)
3. Changer de brosse à dent tous les trois mois

1 Pour plus d'information : www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents

SPECIMEN

Votre enfant et les écrans

Interagir directement avec votre enfant est la meilleure façon de favoriser son développement.

Avant 3 ans, pas d'écrans. Ne laissez pas votre enfant dans une pièce où un écran (téléviseur, tablette, ordinateur…) est allumé, même s'il ne le regarde pas.

Entre 3 et 6 ans, l'usage des écrans doit rester occasionnel, limité à des contenus à qualité éducative et accompagné par un adulte.

Ces conseils permettent de préserver votre enfant des effets négatifs des écrans, notamment sur le sommeil, le manque d'activité physique et la vue.

Pour faciliter l'endormissement et améliorer le sommeil, éteignez tous les écrans 1h avant son coucher.

Ne lui donnez pas de tablette, de smartphone, de casque audio ou des écouteurs pour le calmer ou l'endormir.

Dans les transports, plutôt que de donner votre téléphone à votre enfant, pensez à prendre des livres, une boite de jeux ou de quoi dessiner.

Essayez aussi de réduire votre propre temps d'écran en présence de vos enfants pour rester disponible et renforcer votre lien avec eux.

SPECIMEN

Protégez votre enfant

SA SÉCURITÉ

Ne laissez jamais votre bébé seul

- dans son bain, sur la table à langer ;
- à la maison, dans la voiture ;
- à la garde d'un autre enfant ;
- dans une pièce avec un animal, même très familier.

Évitez les nouveaux animaux de compagnies (NAC) (notamment tortues et reptiles) afin de limiter le risque d'infections graves pouvant être transmises par ces animaux.

Les chaînes, cordons et colliers d'ambre autour du cou sont dangereux, **n'en faites pas porter à votre enfant.**

Ne le laissez pas boire son biberon seul.

Veillez à ce que le matériel utilisé (siège, lit, jouets, etc.) soit récent, ait le logo NF ou CE et soit adapté à son âge.

En voiture, quelle que soit la distance à parcourir, un enfant de moins de 10 ans doit être attaché dans un siège auto homologué, adapté à sa taille et à sa corpulence.

En vélo, un enfant doit savoir se tenir **en position assise.** Il doit être installé dans un siège homologué adapté à sa taille, muni d'une **ceinture de sécurité et d'un repose-pied jusqu'à 5 ans au moins.** Le port du **casque est obligatoire jusqu'à douze ans,** et fortement recommandé au-delà.

Pendant les promenades en écharpe ou en porte-bébé, installez votre bébé en position verticale, visage dégagé et à l'air libre. Veillez à ce qu'il n'ait pas la tête trop fléchie en avant.

SPECIMEN

SURVEILLER, INTERDIRE, EXPLIQUER

Portes : apprenez à votre enfant à ne pas mettre ses doigts dans l'embrasure des portes.

Escaliers : apprenez à votre enfant à descendre et à monter les escaliers. En attendant qu'il puisse le faire seul, protégez-en l'accès.

Fenêtres : ne laissez pas votre enfant seul dans une pièce où les fenêtres sont ouvertes. Faites attention aux meubles ou aux objets proches des fenêtres sur lesquels il risquerait de grimper.

Four : préférez un four « porte froide » ou muni d'une grille de protection.

Lave-vaisselle et lave-linge : pensez à bien fermer la porte.

Prises et appareils électriques : protégez toutes vos installations électriques.

Petits aliments et objets : cacahuètes, noisettes, bonbons, billes, pièces de monnaie doivent être mis hors de portée des enfants.

Emballages et objets contenant des « piles boutons » (télécommandes, thermomètres, appareils auditifs, etc.) : conservez-les hors de portée et vérifiez que les compartiments à piles sont sécurisés.

Objets coupants : rangez les objets coupants (couteaux, ciseaux, etc.) hors de portée de votre enfant.

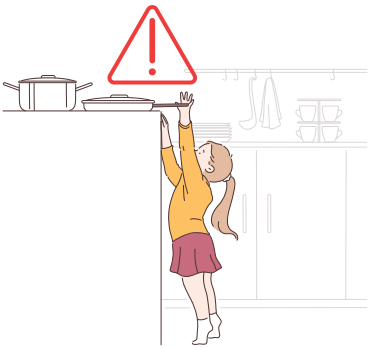
En cas d'ingestion de médicament, de produit ménager ou de produit chimique, ne pas faire vomir, ne pas faire boire.

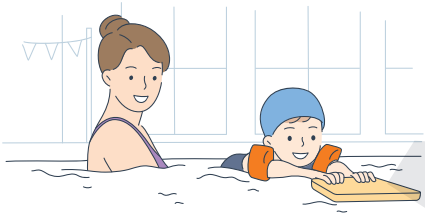
Appelez le 15 (SAMU)
ou le 112
(numéro d'urgence européen)

En cas de brûlure, douchez la partie brûlée à l'eau fraîche pendant 5 à 10 minutes.

Appelez le 15 (SAMU)
ou le 112
(numéro d'urgence européen)

SPECIMEN





Casseroles, poêles : pensez à toujours tourner leur manche pour qu'il soit inaccessible.

Allumettes : placez allumettes et briquets hors de portée des enfants.

Sacs en plastique : interdisez à votre enfant de jouer avec (risque d'étouffement). Rangez-les hors de sa portée.

Produits dangereux : rangez flacons, médicaments, dosettes de lessive, dosettes de lave-vaisselle, et produits d'entretien hors de portée de votre enfant.

Utilisation d'un trotteur : elle est déconseillée (risque de chute, retard de marche).

Risque de noyade : près de l'eau (bain, piscine, mer, etc.), ne quittez jamais votre enfant des yeux. Apprenez-lui à nager dès que possible

Soleil : pensez à protéger votre enfant du soleil (chapeau, lunettes, short long, tee-shirt à manches longues, crème solaire adaptée). Ne l'exposez pas aux heures les plus chaudes (entre 11 et 16h). Donnez-lui de l'eau régulièrement.

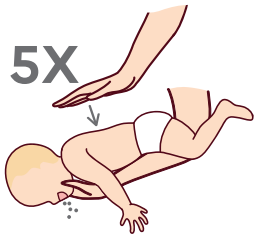
Animaux : ne laissez pas votre enfant seul avec votre animal domestique.

Inhalation d'un corps étranger

Si l'enfant peut tousser et respirer, c'est une obstruction partielle : encouragez-le à tousser, et surveillez-le attentivement.

Si l'enfant ne peut plus parler, tousser, a la bouche ouverte, s'agite, devient bleu, c'est une obstruction complète : donnez 1 à 5 claques dans le dos. En cas d'inefficacité :

- Enfant de moins de 2 ans : réalisez 1 à 5 compressions au **niveau thoracique**.
- Enfant de plus de 2 ans : réalisez 1 à 5 compressions au **niveau abdominal**.



Appelez le 15 (SAMU)
ou le 112
(numéro d'urgence européen)

Parents, formez-vous aux gestes de premiers secours.
Scannez ce QR code

SPECIMEN

11-13 ans, l'entrée dans l'adolescence

L'ADOLESCENCE, UN CHEMIN VERS L'AUTONOMIE

Avec la puberté, vont débuter d'importantes modifications physiques, intellectuelles et psychiques, qui feront de votre enfant un adolescent, puis un adulte. Tous ces changements le pousseront à se poser des questions et à tenter ses propres expériences.

À partir de maintenant, toujours avec votre aide, votre enfant va réclamer davantage d'autonomie pour participer aux choix qui le concernent, développer ses compétences et apprendre à s'occuper lui-même de sa santé.

Les jeunes adolescents traversent une période à la fois heureuse, dynamique et fragile. Il est essentiel de comprendre leurs désirs nouveaux d'indépendance. En même temps, votre enfant a toujours besoin de votre affection et de votre soutien.

N'hésitez pas à consulter votre médecin si quelque chose vous préoccupe.
Faites lire la rubrique suivante à votre enfant

Prendre soin de soi

Tu arrives à l'âge de l'adolescence. Progressivement, avec l'aide de tes parents, tu vas devenir autonome. Tu vas aussi devenir de plus en plus responsable de ta propre santé. Tu trouveras dans ce carnet les éléments de ton parcours de santé (poids, taille, vaccins, maladies, etc.) pour t'aider.

À l'adolescence tu deviens plus autonome, tu fais tes propres découvertes, c'est une belle période de la vie, mais qui n'est pas toujours facile. C'est normal de rencontrer des difficultés, de ne pas toujours être à l'aise avec les autres en classe et au-dehors, c'est important aussi de pouvoir en parler.

Si tu te sens mal, si le monde te paraît compliqué et que tu as l'impression d'avoir peu de prise sur lui, si tu as des idées noires ou des pensées suicidaires, si tu te sens harcelé(e), ne reste pas seul(e).

Autour de toi, il y a sûrement quelqu'un à qui tu peux te confier : parents, grand-parent, ami, infirmière scolaire, médecin, psychologue.

Tu peux aussi appeler un numéro de téléphone anonyme et gratuit[1]. Un professionnel de l'écoute pourra te comprendre et t'aider.

Tu as entre 11 et 13 ans et tu vas rencontrer un médecin.
Ton corps change, cet examen est l'occasion de parler de toi et de répondre aux questions que tu te poses sur ta santé, ton aspect physique, ta croissance.
Si tu le souhaites, tu peux demander à voir ton médecin seul.

Si tu es victime ou témoin de harcèlement, ***appelle le 3020***

Si tu as des idées noires ou que tu penses au suicide, ***appelle le 3114***

Si tu te sens en danger, ***appelle le 119***

1 Demande ce numéro à l'infirmière scolaire, à ton médecin ou en allant sur www.filsantejeunes.com.

SPECIMEN

15-16 ans, bientôt adulte

La puberté se poursuit, la période de scolarité obligatoire s'achève, l'adolescent(e) devra prendre des décisions pour son orientation.

Au cours de l'examen à 15-16 ans, tous les aspects de sa santé et de sa vie pourront être abordés.

À cet âge, il est important qu'au moins une partie de la consultation ait lieu hors de la présence des parents.

Une première consultation de gynécologie et d'information sur la sexualité est souvent utile en particulier en cas de règles douloureuses non calmées par les antalgiques pour éliminer ou prendre en charge une endométriose. Elle se limite le plus souvent à un entretien sans examen clinique.

Faites lire la rubrique suivante à votre enfant

Tu as entre 15 et 16 ans et tu vas rencontrer un médecin

Cet examen est l'occasion de parler de toi et de répondre aux questions que tu te poses sur ta santé. Si tu le souhaites, tu peux demander à le voir seul.

- Si tu te sens souvent triste et fatigué(e), si tu as des idées noires ou des pensées suicidaires
- Si tu te sens harcelé(e)
- Si tu as des questions sur ton aspect physique, ta croissance, ton hygiène de vie.
- Si tu es une fille et que tes règles sont trop douloureuses ou abondantes.

Parles-en avec ton médecin[1].

Tu peux aussi appeler un numéro de téléphone anonyme et gratuit[2], un professionnel de l'écoute pourra te comprendre et t'aider.

Même mineur(e), tu peux consulter un médecin de ta propre initiative. Tu as droit au secret médical (rien ne sera communiqué à tes parents, sans ton accord.)

Si tu es victime ou témoin de harcèlement, ***appelle le 3020***

Si tu as des idées noires ou que tu penses au suicide, ***appelle le 3114***

Si tu te sens en danger, ***appelle le 119***

1 Ta propre carte Vitale t'est adressée par la Caisse d'assurance maladie dès tes 16 ans.

2 Demande ce numéro à l'infirmière scolaire, à ton médecin ou en allant sur www.filsantejeunes.com.

SPECIMEN

ÊTRE RESPONSABLE DE SA PROPRE SANTÉ

Pour essayer, par défi, pour faire comme les autres, ou parce que tu crois que tu te sentiras mieux, tu peux être tenté(e) de prendre des substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis ou autres drogues illégales, abus de médicaments, etc.) qui modifient le comportement, la conscience et l'humeur. Mais entre faire une expérience et risquer de devenir dépendant, il faut réfléchir. Tu risques aussi de ne plus te maîtriser, d'être violent envers toi-même, envers les autres ou d'être plus facilement victime de violence.

Sur la route

Porter un casque en « deux-roues », respecter les limitations de vitesse, peut te sauver la vie. **N'accepte jamais de te faire ramener en voiture ou en « deux-roues »** par quelqu'un qui a bu de l'alcool ou consommé du cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Le consentement, c'est exprimer son accord à l'autre et ce doit être la première chose à savoir avant que quelque chose de sexuel ait lieu. Si toi et ton ou ta partenaire décidez d'avoir des rapports sexuels, **le préservatif** externe (ou masculin) ou interne (ou féminin) vous protège de la transmission du VIH (virus responsable du sida) et des autres infections sexuellement transmissibles (IST). C'est aussi un moyen contraceptif. **Il est délivré par le pharmacien, sans ordonnance, gratuitement et de manière anonyme pour les mineurs.**

Le médecin, la sage femme, le centre de santé sexuelle, le centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic (Cegidd) et l'infirmière scolaire peuvent te conseiller. **Le centre de santé sexuelle délivre aux mineur(e)s, gratuitement et de manière anonyme, les moyens contraceptifs réguliers ou d'urgence.**

Si tu as eu un rapport sexuel non ou mal protégé :

- **pour éviter une grossesse non désirée**, il faut prendre une contraception d'urgence le plus vite possible pour avoir un maximum d'efficacité (pas plus tard que cinq jours)[1]. Tu peux l'obtenir gratuitement et anonymement auprès du pharmacien, du centre de santé sexuelle, du Cegidd ou de l'infirmière scolaire. Si tu t'interroges sur une éventuelle interruption volontaire de grossesse (IVG), consulte sans attendre un médecin ou une sage femme. Cette consultation peut être gratuite et l'accord parental n'est pas obligatoire. **Tu peux obtenir des informations en appelant le numéro gratuit et anonyme « sexualités, contraception, IVG » :**

0 800 08 11 11 Service & appel gratuits

ou en utilisant le Tchat[2].

- **si tu crains d'avoir été contaminé(e) par le VIH ou une autre IST**, prends le plus vite possible contact avec un médecin, une sage femme, un Cegidd ou un centre de santé sexuelle.

Pour vous connecter au Tchat.
Scannez ce QR code

Plus d'information sur la vie affective et sexuelle sur le site « On s'exprime ».
Scannez ce QR code

1 3 jours pour le lévonorgestrel et 5 jours pour l'ulipristal acétate.

2 Tchat gratuit

SPECIMEN

SURVEILLANCE MÉDICALE

Examen médical au cours de la 2e semaine

Date : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
jour mois année

Poids : |__|,|__|__|__| kg **Taille :** |__|__|__| cm **PC :** |__|__|,|__| cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐
Difficultés rapportées : oui ☐ non ☐

Échelle colorimétrique des selles (demander aux parents de quelle couleur sont les selles de leur enfant)

Anormales (couleurs pâles)			Normales (couleurs vives)		
Blanc / Gris mastic	Jaune pâle	Beige	Jaune d'or	Ocre / bronze	Vert

Couleur : anormale ☐ normale ☐

En cas de selles de couleur anormale, un avis médical urgent est nécessaire.

EXAMEN CLINIQUE

Fréquence cardiaque au repos |__|__|__| /min
Fréquence respiratoire au repos |__|__| /min

Fémorales perçues :	non ☐	oui ☐	Vigilance normale :	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal :	non ☐	oui ☐	Tonus axial normal :	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal :	non ☐	oui ☐	Tonus des membres normal :	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale :	non ☐	oui ☐	Pied gauche normal :	non ☐	oui ☐
Souffle cardiaque :	non ☐	oui ☐	Pied droit normal :	non ☐	oui ☐
Ictère :	non ☐	oui ☐	Examen cutané normal :	non ☐	oui ☐
Si oui, taux maximum à J (.....) de bilirubine : ..... µmol/l					

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :
- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : échographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

Organes génitaux : masculin : ☐ féminin : ☐ Non déterminé : ☐

Si anomalie, préciser : .....

SPECIMEN

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme unilatéral ou fixe	non ☐	oui ☐
Facteurs de risque de pathologie visuelle organique (voir p. 112)	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réaction aux stimuli sonores :	non ☐	oui ☐
Position de couchage adaptée :	non ☐	oui ☐
Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue** du nourrisson et du syndrome du **bébé secoué** :		oui ☐
Information sur le risque de **dépression post-partum** :		oui ☐
Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :		oui ☐
Sensibilisation aux **risques environnementaux** :		oui ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

.....

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a un mois

À un mois, votre bébé :

- *commence à faire des vocalises,*
- *sourit bien,*
- *fixe bien votre visage quand vous lui donnez à boire, vous regarde dans les yeux.*

« Jusqu'à 2 mois votre bébé dort entre 15 et 17h par jour. »

Si votre bébé :

- vomit ou régurgite, soit juste après, soit à distance du repas ;
- pleure pendant ou juste après avoir bu ;
- pleure beaucoup ;
- si vous avez des questions sur son sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, son développement.

Parlez-en avec votre médecin.

Si vous êtes fatigué-e, épuisé-e, si vous vous sentez triste, anxieux-se, si vous êtes souvent de mauvaise humeur, si vous avez le sentiment d'être débordé-e, de ne pas comprendre les demandes de votre bébé : sachez demander de l'aide et n'hésitez pas à en parler avec votre médecin, avec un psychologue ou avec un professionnel de la petite enfance.

Examen médical à 1 mois

Date : ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (jour / mois / année)

Poids : ☐☐,☐☐ kg **Taille :** ☐☐☐ cm **PC :** ☐☐,☐ cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Échelle colorimétrique des selles (demander aux parents de quelle couleur sont les selles de leur enfant)

Anormales (couleurs pâles)			Normales (couleurs vives)		
Blanc / Gris mastic	Jaune pâle	Beige	Jaune d'or	Ocre / bronze	Vert

Couleur : anormale ☐ normale ☐

En cas de selles de couleur anormale, un avis médical urgent est nécessaire.

SPECIMEN

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Vigilance normale	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : échographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme unilatéral ou fixe	non ☐	oui ☐
Facteurs de risque de pathologie visuelle organique (voir p. 112)	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réagit, sursaute, arrête son activité :

à la voix	non ☐	oui ☐
au bruit	non ☐	oui ☐

DÉVELOPPEMENT

Sur le ventre, soulève tête et épaules	non ☐	oui ☐
Mouvements variés des 4 membres	non ☐	oui ☐
Sourire-réponse	non ☐	oui ☐
Suit des yeux	non ☐	oui ☐
Émet une réponse vocale à une sollicitation	non ☐	oui ☐

SPECIMEN

Position de couchage adaptée : non ☐ oui ☐

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** : oui ☐

Information sur le risque de **dépression post-partum** : oui ☐

Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés : oui ☐

Sensibilisation aux **risques environnementaux** : oui ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

.....

.....

Positivité d'un test de dépistage néonatal : non ☐ oui ☐

Maladie confirmée : non ☐ oui ☐

Si oui, préciser la pathologie : .....

Information sur les premières vaccinations donnée aux parents ☐

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a 2 mois

À 2 mois, votre bébé :

- *réagit à votre voix et gazouille,*
- *commence à manifester des émotions comme la colère, la peur et la joie,*
- *sur le ventre commence à soulever sa tête puis ses épaules,*
- *commence à agripper certains objets.*

« Jusqu'à 2 mois votre bébé dort entre 15 et 17h par jour. »

Le médecin va examiner votre enfant et commencer les vaccinations.
N'hésitez pas à lui poser des questions.

Ne laissez pas votre enfant devant un écran (télévision, ordinateur portable...), cela nuit au développement de son cerveau.

Ne mettez aucun bijou autour du cou de votre enfant car il pourrait s'étrangler.

Examen médical à 2 mois

Date : ___ (jour) ___ (mois) ___ (année)

Poids : ___ , ___ kg **Taille :** ___ cm **PC :** ___ , ___ cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Vigilance normale	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : échographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

SPECIMEN

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme unilatéral ou fixe	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réagit à la voix	non ☐	oui ☐	au bruit	non ☐ oui ☐
Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue				non ☐ oui ☐

DÉVELOPPEMENT

Bouge les 4 membres de manière variée et symétrique	non ☐	oui ☐
Sourire-réponse	non ☐	oui ☐
Réagit à la voix des parents et aux présences familières	non ☐	oui ☐

Position de couchage adaptée :	non ☐	oui ☐
Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** :		oui ☐
Information sur le risque de **dépression post-partum** :		oui ☐
Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés :		oui ☐
Sensibilisation aux **risques environnementaux** :		oui ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a 3 mois

À 3 mois, votre bébé :

- *comprend et exprime ses émotions,*
- *réagit à votre voix et aux présences familières,*
- *commence à agripper certains objets,*
- *commence à soutenir sa tête,*
- *sourit et bouge les 4 membres de manière symétrique.*

Ne le laissez jamais seul, même un instant, dans le bain, sur la table à langer.

Examen médical à 3 mois

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ (jour / mois / année)

Poids : ⌊__⌋,⌊__⌋⌊__⌋ kg **Taille :** ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **PC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Vigilance normale	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : échographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme	non ☐	oui ☐

SPECIMEN

AUDITION

Réagit à la voix non ☐ oui ☐ au bruit non ☐ oui ☐
Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non ☐ oui ☐

DÉVELOPPEMENT

Maintenu assis, tient sa tête droite non ☐ oui ☐
Sur le ventre, soulève tête et épaules non ☐ oui ☐
s'appuie sur les avant-bras non ☐ oui ☐
Bouge vigoureusement les 4 membres de manière symétrique non ☐ oui ☐
Commence à agripper certains objets non ☐ oui ☐
Joue avec les mains non ☐ oui ☐
Vocalise non ☐ oui ☐
Sourire-réponse non ☐ oui ☐
Tourne la tête pour suivre un objet non ☐ oui ☐

Position de couchage adaptée : non ☐ oui ☐
Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** : oui ☐
Information sur le risque de **dépression post-partum** : oui ☐
Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés : oui ☐
Sensibilisation aux **risques environnementaux** : oui ☐

L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?
jamais ☐ <1 fois/semaine ☐ ≥ 1 fois/semaine ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

Porteur d'un trait drépanocytaire hétérozygote : oui ☐
Vaccinations à jour non ☐ oui ☐
Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....
Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....
Orientation vers : autre professionnel de santé ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐
Si oui, préciser : .....

Nom : .....
Qualification : .....
Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a 4 mois

À 4 mois, votre bébé :

- *s'agite ou pleure pour attirer l'attention,*
- *s'arrête de pleurer au son de votre voix.*

« Vous allez commencer à diversifier son alimentation (voir pages 14 à 18). »

Examen médical à 4 mois

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋ ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋
jour mois année

Poids : ⌊__⌋,⌊__⌋⌊__⌋ kg **Taille :** ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **PC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Début de la diversification alimentaire : non ☐ oui ☐

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Vigilance normale	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : radiographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme unilatéral ou fixe	non ☐	oui ☐

SPECIMEN

AUDITION

Réagit à la voix non ☐ oui ☐ au bruit non ☐ oui ☐
Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non ☐ oui ☐

DÉVELOPPEMENT

Maintenu assis, tient sa tête droite non ☐ oui ☐
Sur le ventre, soulève tête et épaules non ☐ oui ☐
s'appuie sur les avant-bras non ☐ oui ☐
Bouge vigoureusement les 4 membres de manière symétrique non ☐ oui ☐
Commence à agripper certains objets non ☐ oui ☐
Joue avec les mains non ☐ oui ☐
Vocalise non ☐ oui ☐
Sourire-réponse non ☐ oui ☐
Tourne la tête pour suivre un objet non ☐ oui ☐

Position de couchage adaptée : non ☐ oui ☐

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** : oui ☐
Information sur le risque de **dépression post-partum** : oui ☐
Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés : oui ☐
Sensibilisation aux **risques environnementaux** : oui ☐

L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?
jamais ☐ <1 fois/semaine ☐ ≥ 1 fois/semaine ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

Porteur d'un trait drépanocytaire hétérozygote : oui ☐
Vaccinations à jour non ☐ oui ☐
Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....
Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....
Orientation vers : autre professionnel de santé ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐
Si oui, préciser : .....

Nom : .....
Qualification : .....
Cachet et signature :

SPECIMEN

AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

DATE	ÂGE	POIDS	TAILLE	IMC	MOTIF

SPECIMEN

	CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS	CACHET ET SIGNATURE

SPECIMEN

Votre enfant a 5 mois

À 5 mois, votre bébé :

- *manifeste ses émotions,*
- *s'accroche à vous quand il est dans vos bras,*
- *remarque la présence de personnes qu'il ne connait pas.*

« Entre 4 et 9 mois votre enfant fait généralement 3 siestes : une le matin, une en début d'après-midi, une en fin d'après-midi. »

Ne laissez pas votre enfant devant un écran (télévision, smartphone…) car cela nuit au développement de son cerveau.

Examen médical à 5 mois

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ jour ⌊__⌋⌊__⌋ mois ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ année

Poids : ⌊__⌋,⌊__⌋⌊__⌋ kg **Taille :** ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **PC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Début de la diversification alimentaire : non ☐ oui ☐

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : radiographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

SPECIMEN

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réagit à la voix	non ☐	oui ☐	au bruit	non ☐	oui ☐
Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue				non ☐	oui ☐
Tympan droit normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐		
Tympan gauche normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐		

DÉVELOPPEMENT

Tient sa tête stable sans osciller	non ☐	oui ☐
Tient assis en tripode, avec appui sur ses mains	non ☐	oui ☐
Saisit un objet tenu à distance	non ☐	oui ☐
Utilise une main ou l'autre, sans préférence	non ☐	oui ☐
Cligne les yeux à l'approche d'un objet vers l'œil gauche ou l'œil droit	non ☐	oui ☐
Produit des sons variés (monosyllabes : « ba », « ga », « bo », « ma »…)	non ☐	oui ☐
Tourne la tête pour regarder la personne qui parle	non ☐	oui ☐
Sourit en réponse au sourire de l'adulte	non ☐	oui ☐
Sollicite le regard de l'autre (ex. pleure quand on ne le regarde pas et s'arrête quand on le regarde)	non ☐	oui ☐

Si certains items ne sont pas acquis, revoir l'enfant à 6 mois.

A l'âge de 6 mois, si vous avez coché au moins 2 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaitre la conduite à tenir.

1 Plateforme de coordination et d'orientation

SPECIMEN

Position de couchage adaptée : non ☐ oui ☐

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** : oui ☐

Information sur le risque de **dépression post-partum** : oui ☐

Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés : oui ☐

Sensibilisation aux **risques environnementaux** : oui ☐

L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?
jamais ☐ <1 fois/semaine ☐ ≥ 1 fois/semaine ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

……

……

……

……

……

Porteur d'un trait drépanocytaire hétérozygote : oui ☐

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐
Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....
Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : ……

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐

Si oui, préciser : ……

Nom : ……
Qualification : ……
Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a 8 mois

À 8 mois, votre bébé :
- *tient bien assis,*
- *aime jeter ses jouets pour que vous les ramassiez,*
- *commence à faire les marionnettes, « au revoir » avec la main ou le bras.*

*« Un médecin doit aux 8 mois de l'enfant **(au cours de son 9e mois)** effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le deuxième certificat de santé obligatoire à cet âge. »*

Dans la chaise haute, votre bébé doit toujours être attaché, ne le laissez jamais seul.

Examen médical à 8 mois

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|
jour mois année

Poids : |_|_|, |_|_| kg **Taille :** |_|_|_| cm **PC :** |_|_|, |_| cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Diversification alimentaire : non ☐ oui ☐

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

Nombre d'enfants vivant au foyer : .....

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :
- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : radiographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

SPECIMEN

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réagit à la voix non ☐ oui ☐ au bruit non ☐ oui ☐

Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue	non ☐	oui ☐

Tympan droit normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐
Tympan gauche normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé	non ☐	oui ☐

Résultat normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Tient sa tête stable sans osciller	non ☐	oui ☐
Tient assis en tripode, avec appui sur ses mains	non ☐	oui ☐
Saisit un objet tenu à distance	non ☐	oui ☐
Utilise une main ou l'autre, sans préférence	non ☐	oui ☐
Cligne les yeux à l'approche d'un objet vers l'œil gauche ou l'œil droit	non ☐	oui ☐
Produit des sons variés (monosyllabes : « ba », « ga », « bo », « ma »…)	non ☐	oui ☐
Tourne la tête pour regarder la personne qui parle	non ☐	oui ☐
Sourit en réponse au sourire de l'adulte	non ☐	oui ☐
Sollicite le regard de l'autre (ex. pleure quand on ne le regarde pas et s'arrête quand on le regarde)	non ☐	oui ☐

Si vous avez coché au moins 2 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaitre la conduite à tenir.

SPECIMEN

1 Plateforme de coordination et d'orientation

Position de couchage adaptée : non ☐ oui ☐

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** : oui ☐

Information sur le risque de **dépression post-partum** : oui ☐

Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés : oui ☐

Sensibilisation aux **risques environnementaux** : oui ☐

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?
jamais ☐ <1 fois/semaine ☐ ≥ 1 fois/semaine ☐

Accident domestique depuis la naissance non ☐ oui ☐
Si oui : intoxication ☐ brûlures ☐ chute/traumatismes ☐ autres ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

.....

.....

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐
Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....
Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....
Qualification : .....
Cachet et signature :

SPECIMEN

AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

DATE	ÂGE	POIDS	TAILLE	IMC	MOTIF

SPECIMEN

	CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS	CACHET ET SIGNATURE

SPECIMEN

Votre enfant a 11 mois

À 11 mois, votre bébé :

- *exprime ses émotions,*
- *comprend certaines phrases simples,*
- *aime vous imiter (bravo, au revoir…),*
- *devient de plus en plus autonome,*
- *explore le monde qui l'entoure avec beaucoup de curiosité.*

« Entre 9 et 12 mois votre enfant ne fait plus que 2 siestes. »

Examen médical à 11 mois

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ jour ⌊__⌋⌊__⌋ mois ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ année

Poids : ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ kg **Taille :** ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **PC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Diversification alimentaire : non ☐ oui ☐

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : radiographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

SPECIMEN

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réagit à la voix non ☐ oui ☐ au bruit non ☐ oui ☐

Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non ☐ oui ☐

Tympan droit normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐
Tympan gauche normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé non ☐ oui ☐

Résultat normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

« L'évaluation détaillée du développement psychomoteur de votre enfant sera réalisée à l'âge de 12 mois. »

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

Position de couchage adaptée : non ☐ oui ☐

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** : oui ☐

Information sur le risque de **dépression post-partum** : oui ☐

Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés : oui ☐

Sensibilisation aux **risques environnementaux** : oui ☐

L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?

jamais ☐ <1 fois/semaine ☐ ≥ 1 fois/semaine ☐

1 Plateforme de coordination et d'orientation

SPECIMEN

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

.....

.....

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a 12 mois

À 12 mois, votre bébé :

- *reconnaît mieux les personnes et les visages différents,*
- *fait des câlins/des bisous/des sourires.*

Ne laissez pas votre enfant devant un écran, cela nuit au développement de son cerveau.

Examen médical à 12 mois

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ jour ⌊__⌋⌊__⌋ mois ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ année

Poids : ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ kg **Taille :** ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **PC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Diversification alimentaire : non ☐ oui ☐

Prise alimentaire nocturne : non ☐ oui ☐

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : radiographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

SPECIMEN

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme	non ☐	oui ☐
Facteurs de risque de pathologie visuelle fonctionnelle (voir p. 112) :	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réagit à la voix non ☐ oui ☐ au bruit non ☐ oui ☐

Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non ☐ oui ☐

Tympan droit normal non ☐ oui ☐ non visible ☐

Tympan gauche normal non ☐ oui ☐ non visible ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé non ☐ oui ☐

Résultat normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Passe tout seul de la position couchée à la position assise	non ☐	oui ☐
Tient assis seul sans appui et sans aide, dos bien droit	non ☐	oui ☐
Utilise ses 4 membres pour se déplacer	non ☐	oui ☐
Cherche l'objet que l'on vient de cacher	non ☐	oui ☐
Prend les petits objets entre le pouce et l'index	non ☐	oui ☐
Manipule des deux mains	non ☐	oui ☐
Suit des yeux un objet en mouvement dans toutes les directions	non ☐	oui ☐
Réagit à son prénom	non ☐	oui ☐
Prononce des syllabes redoublées (ba ba, ta ta, pa pa, etc.)	non ☐	oui ☐
Comprend l'interdit du « non »	non ☐	oui ☐
Fait des gestes sociaux (au revoir, bravo)	non ☐	oui ☐
Regarde ce que l'adulte lui montre avec le doigt	non ☐	oui ☐

Si vous avez coché au moins 2 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaitre la conduite à tenir.

SPECIMEN

1 Plateforme de coordination et d'orientation

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

Position de couchage adaptée : non ☐ oui ☐

Conseils donnés pour la prévention de la **mort inattendue du nourrisson et du syndrome du bébé secoué** : oui ☐

Information sur le risque de **dépression post-partum** : oui ☐

Interactions parent(s)/bébé, conseils donnés : oui ☐

Sensibilisation aux **risques environnementaux** : oui ☐

L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?
jamais ☐ <1 fois/semaine ☐ ≥ 1 fois/semaine ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

.....

.....

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐
Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....
Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....
Qualification : .....
Cachet et signature :

SPECIMEN

AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

DATE	ÂGE	POIDS	TAILLE	IMC	MOTIF

SPECIMEN

	CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS	CACHET ET SIGNATURE

SPECIMEN

Votre enfant a entre 16 à 18 mois

Entre 16 et 18 mois, votre enfant :

- *aime attirer l'attention,*
- *aime qu'on lui raconte des histoires,*
- *utilise un objet pour en frapper un autre,*
- *commence à marcher seul et à monter les escaliers,*
- *commence à dire des mots et fait des mini expressions.*

Ne laissez pas votre enfant dans une pièce où un écran (téléviseur, tablette, ordinateur) est allumé.

Examen médical entre 16 et 18 mois

Date : ____ jour ____ mois ____ année

Poids : ___ , ___ kg **Taille :** ___ cm **PC :** ___ , ___ cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Hanches (recherche d'une instabilité ou d'une limitation de l'abduction) :

- Hanche droite normale : non ☐ oui ☐
- Hanche gauche normale : non ☐ oui ☐

Si anormal, orientation pour : radiographie du bassin ☐ avis spécialisé ☐

SPECIMEN

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme	non ☐	oui ☐
Facteurs de risque de pathologie visuelle fonctionnelle (voir p. 112) :	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réagit à la voix non ☐ oui ☐ au bruit non ☐ oui ☐

Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non ☐ oui ☐

Tympan droit normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐
Tympan gauche normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé non ☐ oui ☐

Résultat normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Se lève seul à partir du sol (transfert assis-debout sans aide)	non ☐	oui ☐
Marche sans aide, pieds à plat (plus de cinq pas)	non ☐	oui ☐
Empile deux cubes (à partir d'un modèle)	non ☐	oui ☐
Introduit un petit objet dans un petit récipient	non ☐	oui ☐
Désigne un objet sur une consigne orale (chat, ballon, voiture, etc.)	non ☐	oui ☐
Comprend les consignes simples (ouvre les yeux, lève la jambe, etc.)	non ☐	oui ☐
Dit spontanément cinq mots (maman, dodo, papa, tiens, encore, etc.)	non ☐	oui ☐
Peut exprimer un refus (dit « non », secoue la tête, repousse de la main)	non ☐	oui ☐
Montre avec le doigt ce qui l'intéresse pour attirer l'attention de l'adulte	non ☐	oui ☐

Si certains items ne sont pas acquis, revoir l'enfant à l'âge de 18 mois révolus.

À 18 mois révolus, si vous avez coché au moins 2 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaitre la conduite à tenir.

1 Plateforme de coordination et d'orientation

SPECIMEN

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?
jamais ☐ <1 fois/semaine ☐ ≥ 1 fois/semaine ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....
.....
.....
.....
.....

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐
Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....
Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....
Qualification : .....
Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a entre 23 à 24 mois

Entre 23 et 24 mois, votre enfant :

- *utilise son index pour désigner quelqu'un ou quelque chose,*
- *utilise seul sa cuillère,*
- *vous imite dans la vie quotidienne,*
- *vous sollicite pour jouer,*
- *frappe dans un ballon.*

« Un médecin doit, au cours du 24e mois, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le troisième certificat de santé obligatoire à cet âge. »

« Favorisez dès cet âge les sorties et les contacts de votre enfant avec les autres. »

Avant 3 ans, évitez l'exposition aux écrans : télévision, ordinateur, tablette, smartphone.

Examen médical entre 23 et 24 mois

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ jour ⌊__⌋⌊__⌋ mois ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ année

Poids : ⌊__⌋,⌊__⌋ kg **Taille :** ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **PC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ cm

Allaitement : lait maternel exclusif ☐ mixte ☐ lait infantile exclusif ☐

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

Nombre d'enfants vivant au foyer : ⌊__⌋

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

SPECIMEN

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réagit à la voix non ☐ oui ☐ au bruit non ☐ oui ☐

Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non ☐ oui ☐

Tympan droit normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐
Tympan gauche normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé non ☐ oui ☐

Résultat normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Court avec des mouvements coordonnés des bras	non ☐	oui ☐
Monte les escaliers marche par marche seul ou aidé	non ☐	oui ☐
Shoote dans un ballon (après démonstration)	non ☐	oui ☐
Empile 5 cubes (sur modèle)	non ☐	oui ☐
Utilise seul la cuillère (même si peu efficace)	non ☐	oui ☐
Peut pointer un objet ou une image montré(e) sur la table ou dans un livre	non ☐	oui ☐
Encastre des formes géométriques simples	non ☐	oui ☐
Dit spontanément plus de dix mots usuels	non ☐	oui ☐
Associe deux mots (bébé dodo, maman partie)	non ☐	oui ☐
Participe à des jeux de faire semblant, d'imitation (dînette, garage)	non ☐	oui ☐
S'intéresse aux autres enfants (crèche, fratrie, etc.)	non ☐	oui ☐

Si certains items ne sont pas acquis, revoir l'enfant à l'âge de 2 ans révolus.

À l'âge de 2 ans révolus, si vous avez coché au moins 2 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaitre la conduite à tenir.

1 Plateforme de coordination et d'orientation

SPECIMEN

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?
jamais ☐ <1 fois/semaine ☐ ≥ 1 fois/semaine ☐

Accident domestique depuis la naissance non ☐ oui ☐
Si oui : intoxication ☐ brûlures ☐ chute/traumatismes ☐ autres ☐

Âge de l'acquisition de la marche : .....

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

.....

.....

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐
Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....
Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....
Qualification : .....
Cachet et signature :

SPECIMEN

AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

DATE	ÂGE	POIDS	TAILLE	IMC	MOTIF

SPECIMEN

	CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS	CACHET ET SIGNATURE

SPECIMEN

Votre enfant a 2 ans

Entre deux ans et trois ans, votre enfant :

- *apprend à dire son prénom et son nom, puis à dire « je »,*
- *sait rester attentif quand vous lui racontez une histoire,*
- *commence à monter l'escalier en alternant les pieds.*

« N'oubliez pas d'inscrire votre enfant à l'école maternelle. »

Préférez les activités physiques et les jeux extérieurs qui aident votre enfant à se développer.

Examen médical à 2 ans

Date : ____ (jour) ____ (mois) ____ (année) **Poids :** ____ , ____ kg

Taille : ____ cm **PC :** ____ , ____ cm **IMC :** ____ , ____

Mode d'accueil domicile ☐ collectif ☐ assistante maternelle ☐

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen cutané normal	non ☐	oui ☐
Tonus axial normal	non ☐	oui ☐
Tonus des membres normal	non ☐	oui ☐
Hernie inguinale	non ☐	oui ☐

Nombre de dents : cariées soignées ____ cariées non soignées ____ absentes ____ traumatisées ____

Conseils d'hygiène bucco-dentaire donnés	non ☐	oui ☐

VISION

Globes oculaires de taille normale	non ☐	oui ☐
Paupières tombantes	non ☐	oui ☐
Taille différente des pupilles	non ☐	oui ☐
Tache blanche sur l'œil ou dans l'œil	non ☐	oui ☐
Reflets anormaux dans les yeux	non ☐	oui ☐

SPECIMEN

Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme	non ☐	oui ☐
L'enfant a-t-il une correction ?	non ☐	oui ☐

AUDITION

Réagit à la voix non ☐ oui ☐ au bruit non ☐ oui ☐
Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue non ☐ oui ☐

Tympan droit normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐
Tympan gauche normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé non ☐ oui ☐
Résultat normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Court avec des mouvements coordonnés des bras	non ☐	oui ☐
Monte les escaliers marche par marche seul ou aidé	non ☐	oui ☐
Shoote dans un ballon (après démonstration)	non ☐	oui ☐
Empile 5 cubes (sur modèle)	non ☐	oui ☐
Utilise seul la cuillère (même si peu efficace)	non ☐	oui ☐
Peut pointer un objet ou une image montré(e) sur la table ou dans un livre	non ☐	oui ☐
Dit spontanément plus de dix mots usuels	non ☐	oui ☐
Associe deux mots (bébé dodo, maman partie)	non ☐	oui ☐
Participe à des jeux de faire semblant, d'imitation (dînette, garage)	non ☐	oui ☐
S'intéresse aux autres enfants (crèche, fratrie, etc.)	non ☐	oui ☐

Si vous avez coché au moins 2 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaitre la conduite à tenir.

1 Plateforme de coordination et d'orientation

SPECIMEN

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

L'enfant est-il exposé aux écrans sans interaction avec un adulte ?
jamais ☐ <1 fois/semaine ☐ ≥ 1 fois/semaine ☐

Activité physique (jeux, loisirs actifs…) au moins 3h/j : non ☐ oui ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

……

……

……

……

……

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐
Si non, date des vaccinations à réaliser : ……./…….. /20…..
Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : ……

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP…) ☐

Si oui, préciser : ……

Nom : ……
Qualification : ……
Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a 3 ans

Entre trois et quatre ans votre enfant :

- *aime jouer avec d'autres enfants,*
- *comprend et participe quand on lui raconte des histoires,*
- *lance la balle.*

- Si on ne comprend pas bien votre enfant quand il parle ou si ses phrases ne sont pas bien construites.
- Si votre enfant fait des efforts pour parler, hésite beaucoup ou « bute » sur les mots.
- Si l'école vous a signalé un problème.
- Si vous trouvez que votre enfant tombe souvent.
- Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement, ou le comportement de votre enfant.

Parlez-en avec votre médecin.

L'enfant et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, etc.) :

- *Quel que soit son âge, évitez de mettre un écran dans la chambre où il dort ;*
- *Ne lui donnez pas de tablette ou de smartphone pour le calmer, ni pendant ses repas, ni avant son sommeil ;*
- *N'utilisez pas de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.*

Examen médical à 3 ans

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ jour ⌊__⌋⌊__⌋ mois ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ année **Poids :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋⌊__⌋ kg

Taille : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **PC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ cm **IMC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Respiration	nasale ☐	buccale ☐
Ronflements	non ☐	oui ☐

Nombre de dents[1] : cariées soignées ⌊__⌋ cariées non soignées ⌊__⌋ absentes ⌊__⌋ traumatisées ⌊__⌋

Conseils d'hygiène bucco-dentaire donnés non ☐ oui ☐

1 Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

SPECIMEN

VISION

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐

(si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

Acuité visuelle (mesurée avec une échelle d'images ou de lettres validée)

Test utilisé : ..... Normale (> 5/10) ☐ anormale ☐

Si anormale, préciser le côté : droit ☐ gauche ☐

Strabisme (recherche par test de l'écran) non ☐ oui ☐

Autoréfractométrie binoculaire : non ☐ oui ☐

Si oui, réalisée pendant la consultation ☐ demandée à un orthoptiste/ophtalmologiste ☐

Résultat .....

.....

.....

AUDITION

Tympan droit normal non ☐ oui ☐ non visible ☐

Tympan gauche normal non ☐ oui ☐ non visible ☐

Test à la voix chuchotée normal ☐ à refaire ☐ non fait ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé : non ☐ oui ☐

Résultat normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Monte l'escalier seul en alternant les pieds (avec la rampe)	non ☐	oui ☐
Saute une marche	non ☐	oui ☐
Empile huit cubes (à partir d'un modèle)	non ☐	oui ☐
Copie un cercle (à partir d'un modèle visuel)	non ☐	oui ☐
Enfile seul un vêtement (bonnet, pantalon, tee-shirt)	non ☐	oui ☐
Dit des phrases de trois mots (avec sujet et verbe, objet)	non ☐	oui ☐
Utilise son prénom ou le « je » quand il parle de lui	non ☐	oui ☐
Comprend une consigne orale simple (sans geste de l'adulte)	non ☐	oui ☐
Prend plaisir à jouer avec les enfants de son âge	non ☐	oui ☐
Parvient à participer à une activité à deux ou à plusieurs	non ☐	oui ☐

Si vous avez coché au moins 2 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaitre la conduite à tenir.

SPECIMEN

1 Plateforme de coordination et d'orientation

Propreté acquise : non ☐ diurne ☐ nocturne ☐

Dans quelle classe est l'enfant : .....

Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison ou à l'école : non ☐ oui ☐

Signes d'inquiétude, d'irritabilité, de nervosité, besoin de se cramponner à ses parents : non ☐ oui ☐

Test de langage réalisé : non ☐ oui ☐

Si oui lequel (DPL3, ERTL4…) : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition ☐

Nombre d'heures de sommeil par nuit : ☐☐

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

Utilisation des écrans limitée dans le temps : non ☐ oui ☐

Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant : non ☐ oui ☐

Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas : non ☐ oui ☐

En dehors de l'école, activité physique (jeux, loisirs actifs…) au moins 3h/j : non ☐ oui ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

Suivi(e) par : kinésithérapeute ☐ orthophoniste ☐ psychomotricien(ne) ☐ psychologue ☐ autre ☐

Si autre préciser : .....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP…) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a 4 ans

Votre enfant :

- *arrête de faire une sieste quotidienne (entre 3 et 6 ans),*
- *dort entre 10 et 12h par jour (entre 3 et 5 ans).*

« Si votre enfant subit ou est exposé à des violences, cela a un impact négatif sur le développement de son cerveau. »

Avant 5 ans, n'exposez pas votre enfant à des écrans diffusant des images en 3D. C'est mauvais pour sa vue.

Examen médical à 4 ans

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ jour ⌊__⌋⌊__⌋ mois ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ année **Poids :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ kg

Taille : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **IMC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Respiration	nasale ☐	buccale ☐
Ronflements	non ☐	oui ☐

Nombre de dents[1] : cariées soignées ⌊__⌋ cariées non soignées ⌊__⌋
absentes ⌊__⌋ traumatisées ⌊__⌋

Brossage suffisant non ☐ oui ☐

VISION

L'enfant a-t-il une correction ?	non ☐	oui ☐
(si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)		
Acuité visuelle (mesurée avec une échelle d'images ou de lettres validée)		
Test utilisé :	Normale (> 5/10) ☐	anormale ☐
Si anormale, préciser le côté :	droit ☐	gauche ☐
Poursuite oculaire normale :	non ☐	oui ☐
Test de vision stéréoscopique :	fait ☐	non fait ☐
Résultat :	normal ☐	à refaire ☐
Strabisme (recherche par test de l'écran)	non ☐	oui ☐

SPECIMEN

1 Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

Autoréfractométrie binoculaire (si non réalisée à 3 ans) : non ☐ oui ☐
Si oui, réalisée pendant la consultation ☐ demandée à un orthoptiste/ophtalmologiste ☐
Résultat .....

AUDITION

Tympan droit normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐
Tympan gauche normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐
Test à la voix chuchotée	normal ☐	à refaire ☐	non fait ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé : non ☐ oui ☐
Résultat normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Saute à pieds joints (au minimum sur place)	non ☐	oui ☐
Monte les marches, non tenu et en alternant les pieds	non ☐	oui ☐
Lance un ballon de façon dirigée	non ☐	oui ☐
Sait pédaler (tricycle ou vélo avec stabilisateur)	non ☐	oui ☐
Parvient à se tenir tranquille et à rester assis quand c'est nécessaire (à table, à l'école…) pendant une durée adaptée au contexte	non ☐	oui ☐
Dessine un bonhomme têtard	non ☐	oui ☐
Copie une croix orientée selon le modèle (non dessiné devant lui) + ×	non ☐	oui ☐
Fait un pont avec trois cubes (après démonstration)	non ☐	oui ☐
Enfile son manteau tout seul	non ☐	oui ☐
A un langage intelligible par une personne étrangère à la famille	non ☐	oui ☐
Conjugue des verbes au présent	non ☐	oui ☐
Pose la question « Pourquoi ? »	non ☐	oui ☐
Réponds à des consignes avec deux variables (va chercher ton manteau dans ta chambre)	non ☐	oui ☐
A des jeux imaginatifs avec des scénarios	non ☐	oui ☐
Compte (dénombre) quatre objets	non ☐	oui ☐
Sait trier les objets par catégories (couleurs, formes, etc.)	non ☐	oui ☐
Parvient le plus souvent à terminer une activité ou un jeu à l'école ou à la maison (hors écran)	non ☐	oui ☐
Sait prendre son tour dans un jeu à deux ou à plusieurs	non ☐	oui ☐

Si vous avez coché au moins 3 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaitre la conduite à tenir.

1 Plateforme de coordination et d'orientation

SPECIMEN

Propreté acquise : non ☐ diurne ☐ nocturne ☐

Dans quelle classe est l'enfant ? : .....

Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison ou à l'école : non ☐ oui ☐

Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, peurs phobiques : non ☐ oui ☐

Test de **langage** réalisé : non ☐ oui ☐

Si oui lequel (ERTL4…) : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition ☐

Nombre d'heures de sommeil par nuit : ⌊__⌋⌊__⌋

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

Utilisation des écrans limitée dans le temps : non ☐ oui ☐

Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant : non ☐ oui ☐

Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas : non ☐ oui ☐

En dehors de l'école, activité physique quotidienne : <1h ☐ 1 à 3h ☐ >à 3h ☐

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

Suivi(e) par : kinésithérapeute ☐ orthophoniste ☐ psychomotricien(ne) ☐ psychologue ☐ autre ☐

Si autre préciser :.....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CAMSP…) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a 5 ans

Votre enfant va bientôt entrer au cours préparatoire.
Un bilan de son développement est nécessaire.
Le plus souvent, l'examen sera effectué par le médecin scolaire à l'école. Votre présence est importante. Si cet examen de prévention n'est pas effectué à l'école, pensez à le faire pratiquer par votre médecin à un moment où votre enfant n'est pas malade.

Entre cinq et six ans votre enfant :

- *est capable de décrire une image,*
- *son dessin s'organise peu à peu et le bonhomme a quatre membres, un tronc et une tête.*

« Un enfant qu'on réconforte, se sent aimé, apprécié et en sécurité. »

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le développement ou le comportement de votre enfant, **parlez-en à votre médecin.**

Quel que soit son âge, limitez le temps d'exposition de votre enfant aux écrans et n'utilisez pas de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.

Examen médical à 5 ans

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ jour ⌊__⌋⌊__⌋ mois ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ année **Poids :** ⌊__⌋⌊__⌋ , ⌊__⌋⌊__⌋ kg

Taille : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **IMC :** ⌊__⌋⌊__⌋ , ⌊__⌋

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐

Nombre de dents[1] : cariées soignées ⌊__⌋ cariées non soignées ⌊__⌋
absentes ⌊__⌋ traumatisées ⌊__⌋

Brossage suffisant	non ☐	oui ☐

VISION

L'enfant a-t-il une correction ?	non ☐	oui ☐
Anomalie anatomique des yeux	non ☐	oui ☐
Si oui préciser		
Nystagmus/mouvements anormaux des yeux	non ☐	oui ☐
Strabisme	non ☐	oui ☐

1 Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir page 110 à 111).

SPECIMEN

AUDITION

Tympan droit normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐	
Tympan gauche normal	non ☐	oui ☐	non visible ☐	
Test à la voix chuchotée	normal ☐	à refaire ☐	non fait ☐	

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé : non ☐ oui ☐

Fréquence	500 Hz	1 000 Hz	2 000 Hz	4 000 Hz	8 000 Hz
Oreille droite	☐	☐	☐	☐	☐
Oreille gauche	☐	☐	☐	☐	☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Tient en équilibre sur un pied au moins cinq secondes sans appui	non ☐	oui ☐
Marche sur une ligne (en mettant un pied devant l'autre)	non ☐	oui ☐
Attrape un ballon avec les mains	non ☐	oui ☐
Parvient à se tenir tranquille et à rester assis quand c'est nécessaire (à table, à l'école…)	non ☐	oui ☐
Dessine un bonhomme (au moins deux ovales)	non ☐	oui ☐
Copie son prénom en lettres majuscules (sur modèle)	non ☐	oui ☐
Copie un carré (avec quatre coins distincts)	non ☐	oui ☐
Fait des phrases de 6 mots avec une grammaire (syntaxe) correcte	non ☐	oui ☐
Comprend des éléments de topologie (dans/sur/derrière)	non ☐	oui ☐
Nomme au moins 3 couleurs	non ☐	oui ☐
Décrit une scène sur une image (personnages, objets, actions)	non ☐	oui ☐
Compte jusqu'à dix (comptine numérique)	non ☐	oui ☐
Maintient son attention dix minutes sur une tâche qui l'intéresse, sans recadrage (les écrans ne comptent pas)	non ☐	oui ☐
Connaît les prénoms de plusieurs de ses camarades	non ☐	oui ☐
Participe à des jeux collectifs en respectant les règles	non ☐	oui ☐

Si vous avez coché au moins 3 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113 pour connaitre la conduite à tenir.

SPECIMEN

1 Plateforme de coordination et d'orientation

Propreté acquise : non ☐ diurne ☐ nocturne ☐

Dans quelle classe est l'enfant ? : .....

Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison ou à l'école : non ☐ oui ☐

Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, peurs phobiques : non ☐ oui ☐

Test de langage réalisé : non ☐ oui ☐

Si oui lequel (ERTLA6...) : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition ☐

Comportement global :

Autonomie non ☐ oui ☐

Spontanéité non ☐ oui ☐

Capacité d'attention non ☐ oui ☐

Nombre d'heures de sommeil par nuit : ☐☐

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

Utilisation des écrans limitée dans le temps : non ☐ oui ☐

Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant : non ☐ oui ☐

Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas : non ☐ oui ☐

En dehors de l'école, activité physique quotidienne : <1h ☐ 1 à 3h ☐ >à 3h ☐

Pratique hebdomadaire d'un sport : non ☐ 1 à 2 fois ☐ 3 fois ou plus ☐

Si oui lequel .....

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

Suivi(e) par : kinésithérapeute ☐ orthophoniste ☐ psychomotricien(ne) ☐ psychologue ☐ autre ☐

Si autre préciser :.....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐

Structure pluridisciplinaire (CAMSP, centre de référence, réseau...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

DATE	ÂGE	POIDS	TAILLE	IMC	MOTIF

SPECIMEN

	CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS	CACHET ET SIGNATURE

SPECIMEN

Votre enfant a 6 ans

Un bilan de son développement est nécessaire et sera fait de préférence au cours du 2e trimestre de l'année scolaire

« Votre enfant grandit, il développe son autonomie avec votre aide. Il a besoin de votre accompagnement pour son entrée à l'école élémentaire. »

Entre six et sept ans votre enfant

- *est capable de raconter des petites histoires*
- *se fait des amis à l'école*

Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le développement ou le comportement de votre enfant, **parlez-en à votre médecin.**

Examen médical à 6 ans

Date : ⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋ (jour / mois / année) **Poids :** ⌊__⌋,⌊__⌋ kg

Taille : ⌊__⌋⌊__⌋ cm **IMC :** ⌊__⌋,⌊__⌋

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Signes de puberté précoce	non ☐	oui ☐

Nombre de dents[1] : cariées soignées ⌊__⌋ cariées non soignées ⌊__⌋ absentes ⌊__⌋ traumatisées ⌊__⌋

Brossage suffisant non ☐ oui ☐

VISION

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐

(si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

Acuité visuelle (mesurée avec une échelle d'images ou de lettres validée)

Test utilisé :.....

Normal (>5/10) ☐ anormal ☐

si anormale, précisez le côté :	droit ☐	gauche ☐
Strabisme (recherche par test de l'écran)	non ☐	oui ☐
Poursuite oculaire normale	non ☐	oui ☐

1 Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen bucco-dentaire et de soins réalisé par un dentiste (cf. pages 110 et 111).

SPECIMEN

Autoréfractométrie binoculaire (si non réalisé à 5 ans) : non ☐ oui ☐
Si oui, réalisée pendant la consultation demandée à un orthoptiste/ophtalmologiste
Résultat .....
Test de vision des couleurs : fait ☐ non fait ☐
Résultat : normal ☐ à refaire ☐
Avis spécialisé demandé non ☐ oui ☐

AUDITION

Tympan droit normal non ☐ oui ☐ non visible ☐
Tympan gauche normal non ☐ oui ☐ non visible ☐
Test à la voix chuchotée normal ☐ à refaire ☐ non fait ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé : non ☐ oui ☐

Fréquence	500 Hz	1 000 Hz	2 000 Hz	4 000 Hz	8 000 Hz
Oreille droite	☐	☐	☐	☐	☐
Oreille gauche	☐	☐	☐	☐	☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

Propreté nocturne acquise : non ☐ oui ☐
Dans quelle classe est l'enfant : Grande section de maternelle ☐ CP ☐ CE 1 ☐ autre ☐
Bonne adaptation au rythme scolaire : non ☐ oui ☐
Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison ou à l'école : non ☐ oui ☐
Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, peurs phobiques : non ☐ oui ☐
L'enfant mange-t-il à la cantine ? non ☐ oui ☐
Test de langage réalisé non ☐ oui ☐
Résultat : normal ☐ à refaire ☐
Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition ☐
Comportement global :
Autonomie non ☐ oui ☐
Spontanéité non ☐ oui ☐
Capacité d'attention non ☐ oui ☐

Nombre d'heures de sommeil par nuit : ⌊__⌋⌊__⌋
Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐
ronflements ☐ fatigue au réveil ☐ hypersudation nocturne ☐

Utilisation des écrans limitée dans le temps : non ☐ oui ☐
Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant : non ☐ oui ☐
Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas : non ☐ oui ☐

En dehors de l'école, activité physique quotidienne : <1h ☐ 1 à 3h ☐ >à 3h ☐
Pratique hebdomadaire d'un sport : non ☐ 1 à 2 fois ☐ 3 fois ou plus ☐
Si oui lequel .....

SPECIMEN

DÉVELOPPEMENT

Saute à cloche pied trois à cinq fois (sur place ou en avançant)	non ☐	oui ☐
Court de manière fluide et sait s'arrêter net	non ☐	oui ☐
Est capable de marcher sur les pointes ou sur les talons	non ☐	oui ☐
Parvient à se tenir tranquille et à rester assis quand c'est nécessaire (à table, à l'école)	non ☐	oui ☐
Ferme seul son vêtement (boutons ou fermeture éclair)	non ☐	oui ☐
Touche avec son pouce chacun des doigts de la même main après démonstration	non ☐	oui ☐
Copie un triangle	non ☐	oui ☐
Se lave et/ou s'essuie les mains sans assistance	non ☐	oui ☐
Peut raconter une petite histoire de manière structurée (avec un début, milieu et fin – par exemple, histoire qu'on lui a lue, dessin animé qu'il a vu, événement qui lui est arrivé,...)	non ☐	oui ☐
Peut dialoguer en respectant le tour de parole	non ☐	oui ☐
S'exprime avec des phrases construites (grammaticalement correctes)	non ☐	oui ☐
Dénombre dix objets présentés (crayons, jetons, etc.)	non ☐	oui ☐
Peut répéter dans l'ordre trois chiffres non sériés (5, 2, 9)	non ☐	oui ☐
Reconnaît tous les chiffres (de 0 à 9)	non ☐	oui ☐
Maintient son attention dix minutes sur une activité ou tâche qui l'intéresse, sans recadrage (les écrans ne comptent pas)	non ☐	oui ☐
Est autonome pour réaliser spontanément des routines comprenant plusieurs tâches du début jusqu'à la fin (par exemple, au coucher, il se brosse les dents et se met en pyjama)	non ☐	oui ☐
Reconnaît l'état émotionnel d'autrui et réagit de manière ajustée (sait consoler son/sa camarade)	non ☐	oui ☐
Sait se faire des amis et les garder	non ☐	oui ☐
Montre des intérêts diversifiés par rapport à son âge (n'a pas d'intérêt restreint très particulier, pas d'attachement exclusif à un objet, ne parle pas toujours de la même chose, etc.)	non ☐	oui ☐

Si vous avez coché au moins 3 cases « non » dans 2 champs de couleur différente, orienter vers une PCO[1].

Scannez ce QR code pour consulter en ligne le formulaire d'adressage et la liste des PCO.

S'il existe par ailleurs un facteur de risque de TND et/ou une régression des compétences et/ou des comportements particuliers, se reporter à la page 113[2] pour connaitre la conduite à tenir.

1 Plateforme de coordination et d'orientation
2 Page d'information sur les TND

SPECIMEN

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi(e) par : kinésithérapeute ☐ orthophoniste ☐ psychomotricien(ne) ☐
psychologue ☐ autre ☐

Si autre préciser :.....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐ PCO ☐

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CMP...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a entre 8 et 9 ans

Entre 6 et 8 ans, votre enfant apprend avec votre aide

- *à devenir autonome,*
- *à se déplacer dans la rue et à traverser : montrez-lui comment faire,*
- *à faire du vélo sans petites roues : mettez-lui un casque.*

« Àpartir de 6 ans, votre enfant pratique au moins une heure d'activité physique par jour. »

Dans 95 % des cas, la puberté débute entre 8 et 13 ans chez la fille, 9 et 15 ans chez le garçon[1]

Quel que soit son âge, évitez les téléviseurs et les écrans dans sa chambre

Examen médical entre 8 et 9 ans

Date : |__|__| jour |__|__| mois |__|__|__|__| année **Poids :** |__|__|,|__| kg

Taille : |__|__|__| cm **IMC :** |__|__|,|__| Surpoids : non ☐ oui ☐

TA : ...../.....mm Hg

Risque de saturnisme : non ☐ oui ☐

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Troubles de l'équilibre	non ☐	oui ☐
Scoliose	non ☐	oui ☐

Si autre anomalie de la statique vertébrale préciser .....

Acné	non ☐	oui ☐
Nævi (nombre) : |__|__|	
Signes pubertaires présents	non ☐	oui ☐

Si oui stade de maturation pubertaire (stades de Tanner) :

Fille (S1 à S5) |__|__| (P1 à P5) |__|__|

Règles :	non ☐	oui ☐
Si oui : date des premières règles |__|__| jour |__|__| mois |__|__|__|__| année		
Règles douloureuses ou abondantes	non ☐	oui ☐

1 L'âge du début de la puberté est très variable d'une personne à l'autre, y compris dans une même famille. La puberté débute chez la fille par le développement des seins, chez le garçon par une augmentation du volume testiculaire.

SPECIMEN

Garçon (G1 à G5) ☐☐ (P1 à P5) ☐☐

Testicules en place — non ☐ oui ☐

Verge de taille et morphologie normale — non ☐ oui ☐

Nombre de dents[1] : cariées soignées ☐☐ cariées non soignées ☐☐ absentes ☐☐ traumatisées ☐☐

Brossage suffisant — non ☐ oui ☐

VISION

Anomalie anatomique des yeux — non ☐ oui ☐

Si oui préciser.....

L'enfant a-t-il une correction ? — non ☐ oui ☐

Nystagmus/mouvements anormaux des yeux — non ☐ oui ☐

Strabisme — non ☐ oui ☐

Se plaint de ne pas bien voir — non ☐ oui ☐

Comportement de malvoyance — non ☐ oui ☐

Vision double — non ☐ oui ☐

Maux de tête après effort visuel de près prolongé — non ☐ oui ☐

AUDITION

Tympan droit normal — non ☐ oui ☐ non visible ☐

Tympan gauche normal — non ☐ oui ☐ non visible ☐

Test à la voix chuchotée — normal ☐ à refaire ☐ non fait ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé : non ☐ oui ☐

Fréquence	500 Hz	1 000 Hz	2 000 Hz	4 000 Hz	8 000 Hz
Oreille droite	☐	☐	☐	☐	☐
Oreille gauche	☐	☐	☐	☐	☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Motricité globale adaptée — non ☐ oui ☐

Motricité fine adaptée — non ☐ oui ☐

S'habille entièrement seul — non ☐ oui ☐

Débit de parole normal — non ☐ oui ☐

Connait les jours de la semaine — non ☐ oui ☐

Dans quelle classe est l'enfant .....

Difficulté dans les apprentissages scolaires

Non ☐ lecture ☐ écriture ☐ calcul ☐ global ☐

Si oui, pris en charge — non ☐ oui ☐

Bilan demandé — non ☐ oui ☐

Test de langage réalisé : — non ☐ oui ☐

Si oui lequel : .....

Résultat : — normal ☐ à refaire ☐

Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition ☐

1 Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen bucco-dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

SPECIMEN

Modifications familiales ou de conditions de vie depuis la dernière consultation : non ☐ oui ☐

Problèmes de comportement signalés par les parents à la maison ou à l'école : non ☐ oui ☐

Symptômes anxieux (Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, TOC, plaintes somatiques, peur du regard des autres…) non ☐ oui ☐

Sentiment de harcèlement : non ☐ oui ☐

Si autres signes de mal être préciser : .....

Nombre d'heures de sommeil par nuit : ☐☐

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

Utilisation des écrans limitée dans le temps : non ☐ oui ☐

Présence d'un écran dans la chambre de l'enfant : non ☐ oui ☐

Écrans allumés/utilisés une heure avant le coucher et durant les repas : non ☐ oui ☐

En dehors de l'école, activité physique (jeux, loisirs actifs…)

<1h ☐ 1 à 3h ☐ >à 3h ☐

Pratique hebdomadaire d'un sport : non ☐ 1 à 2 fois ☐ 3 fois ou plus ☐

Si oui lequel .....

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

.....

Suivi(e) par : kinésithérapeute ☐ orthophoniste ☐ psychomotricien(ne) ☐ psychologue ☐ autre ☐

Si autre préciser :.....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐

Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CMP…) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a entre 11 et 13 ans

Préparez la consultation avec votre enfant en lisant avec lui la page 28.

Un changement de comportement, des difficultés scolaires récentes, voire des refus scolaire anxieux, sont des signes qui peuvent évoquer un harcèlement scolaire ou périscolaire.

« En cas de harcèlement scolaire, appelez le 3020, en cas de cyberharcèlement, le 3018. »

Les bruits forts et la musique trop forte endommagent ton audition.
Si tes oreilles « sifflent », éloigne-toi de la source du bruit.
Si le sifflement persiste, parles-en à ton médecin ou à l'infirmière scolaire.

Examen médical entre 11 et 13 ans

Date : ⌊__⌋⌊__⌋ jour ⌊__⌋⌊__⌋ mois ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ année **Poids :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ kg

Taille : ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ cm **IMC :** ⌊__⌋⌊__⌋,⌊__⌋ Surpoids : non ☐ oui ☐

TA : ...../.....mm Hg

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Troubles de l'équilibre	non ☐	oui ☐
Scoliose	non ☐	oui ☐

Si autre anomalie de la statique vertébrale préciser .....

Acné	non ☐	oui ☐
Nævi (nombre) : ⌊__⌋⌊__⌋		
Signes pubertaires présents	non ☐	oui ☐
Si oui stade de maturation pubertaire (stades de Tanner) :		
Fille (S1 à S5) ⌊__⌋⌊__⌋ (P1 à P5) ⌊__⌋⌊__⌋		
Règles :	non ☐	oui ☐
Si oui : date des premières règles ⌊__⌋⌊__⌋ jour ⌊__⌋⌊__⌋ mois ⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋ année		
Règles douloureuses ou abondantes	non ☐	oui ☐
Si oui, information sur l'endométriose	non ☐	oui ☐

SPECIMEN

Garçon (G1 à G5) ⌊__⌋⌊__⌋ (P1 à P5) ⌊__⌋⌊__⌋

Testicules en place non ☐ oui ☐

Verge de taille et morphologie normale non ☐ oui ☐

Nombre de dents[1] : cariées soignées ⌊__⌋ cariées non soignées ⌊__⌋

absentes ⌊__⌋ traumatisées ⌊__⌋

Brossage suffisant non ☐ oui ☐

VISION

Anomalie anatomique des yeux non ☐ oui ☐

Si oui préciser.....

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐

Nystagmus/mouvements anormaux des yeux non ☐ oui ☐

Strabisme non ☐ oui ☐

Se plaint de ne pas bien voir non ☐ oui ☐

Comportement de malvoyance non ☐ oui ☐

Vision double non ☐ oui ☐

Maux de tête après effort visuel de près prolongé non ☐ oui ☐

AUDITION

Tympan droit normal non ☐ oui ☐ non visible ☐

Tympan gauche normal non ☐ oui ☐ non visible ☐

Test à la voix chuchotée normal ☐ à refaire ☐ non fait ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé : non ☐ oui ☐

Fréquence	500 Hz	1 000 Hz	2 000 Hz	4 000 Hz	8 000 Hz
Oreille droite	☐	☐	☐	☐	☐
Oreille gauche	☐	☐	☐	☐	☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

DÉVELOPPEMENT

Dans quelle classe est l'enfant : .....

Scolarité excellente ☐ bonne ☐ moyenne ☐ difficile ☐

Modifications familiales ou de conditions de vie depuis la dernière consultation : non ☐ oui ☐

ÉTAT PSYCHO-AFFECTIF

Symptômes dépressifs (humeur triste, déprimée ou désespérée, perte d'intérêt ou de plaisir, idées suicidaires, scarifications…) non ☐ oui ☐

Symptômes anxieux (Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, TOC, plaintes somatiques, peur du regard des autres, évitement…) non ☐ oui ☐

Sentiment de harcèlement non ☐ oui ☐

Si autres signes de mal être préciser :.....

Consommation de : tabac ☐ alcool ☐ cannabis ☐ autre ☐

1 Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

SPECIMEN

Test de langage réalisé : non ☐ oui ☐
Si oui lequel : .....
Résultat : normal ☐ à refaire ☐
Bilan orthophonique demandé après vérification de l'audition ☐

Nombre d'heures de sommeil par nuit : ☐☐
Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

Nombre d'heures passées devant un écran par jour : ☐☐☐ h
Contrôle du contenu et images visionnées : non ☐ oui ☐

Utilisation des écrans dans un objectif précis pour réaliser une tâche limitée dans le temps : jamais ☐ rarement ☐ la plupart du temps ☐

En dehors de l'école, activité physique (jeux, loisirs actifs…)
<1h ☐ 1 à 3h ☐ >à 3h ☐

Pratique hebdomadaire d'un sport : non ☐ 1 à 2 fois ☐ 3 fois ou plus ☐
Si oui lequel .....

Synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....
.....
.....
.....
.....

Suivi(e) par : kinésithérapeute ☐ orthophoniste ☐ psychomotricien(ne) ☐
psychologue ☐ autre ☐
Si autre préciser :.....
Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐
Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....
Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....
Orientation vers : autre professionnel de santé ☐
Structure pluridisciplinaire (centre de référence, réseau, CMP, MDA…) ☐
Si oui, préciser : .....

Nom : .....
Qualification : .....
Cachet et signature :

SPECIMEN

Votre enfant a entre 15 et 16 ans

« En cas de harcelement scolaire, appelez le 3020, en cas de cyberharcèlement, le 3018. »

Examen médical entre 15 et 16 ans

Date : |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (jour / mois / année) **Poids :** |__|__|,|__| kg

Taille : |__|__|__| cm **IMC :** |__|__|,|__| Surpoids : non ☐ oui ☐

TA : ...../.....mm Hg

EXAMEN CLINIQUE

Auscultation cardiaque normale	non ☐	oui ☐
Examen respiratoire normal	non ☐	oui ☐
Examen abdominal normal	non ☐	oui ☐
Troubles de l'équilibre	non ☐	oui ☐
Scoliose	non ☐	oui ☐

Si autre anomalie de la statique vertébrale préciser .....

SPECIMEN

Acné non ☐ oui ☐

Nævi (nombre) : ☐☐☐

Signes pubertaires présents non ☐ oui ☐

Si oui stade de maturation pubertaire (stades de Tanner) :

Fille (S1 à S5) ☐☐☐ (P1 à P5) ☐☐☐

Règles : non ☐ oui ☐

Si oui : date des premières règles ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (jour / mois / année)

Règles douloureuses ou abondantes non ☐ oui ☐

Si oui, information sur l'endométriose non ☐ oui ☐

Orientation vers une consultation gynécologique : non ☐ oui ☐

Garçon (G1 à G5) ☐☐☐ (P1 à P5) ☐☐☐

Testicules en place non ☐ oui ☐

Verge de taille et morphologie normale non ☐ oui ☐

Information sur la santé sexuelle et les moyens de contraception non ☐ oui ☐

Nombre de dents[1] : cariées soignées ☐☐ cariées non soignées ☐☐

absentes ☐☐ traumatisées ☐☐

Brossage suffisant non ☐ oui ☐

VISION

Anomalie anatomique des yeux non ☐ oui ☐

Si oui préciser.....

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐

Nystagmus/mouvements anormaux des yeux non ☐ oui ☐

Strabisme non ☐ oui ☐

Se plaint de ne pas bien voir non ☐ oui ☐

Comportement de malvoyance non ☐ oui ☐

Vision double non ☐ oui ☐

Maux de tête après effort visuel de près prolongé non ☐ oui ☐

Troubles de la vision des couleurs non ☐ oui ☐

AUDITION

Tympan droit normal non ☐ oui ☐ non visible ☐

Tympan gauche normal non ☐ oui ☐ non visible ☐

Test à la voix chuchotée normal ☐ à refaire ☐ non fait ☐

Test d'audiologie quantitative (normée, à 35 dB) réalisé : non ☐ oui ☐

Fréquence	500 Hz	1 000 Hz	2 000 Hz	4 000 Hz	8 000 Hz
Oreille droite	☐	☐	☐	☐	☐
Oreille gauche	☐	☐	☐	☐	☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

1 Le programme « M'T dents » permet aux enfants de bénéficier d'un examen Bucco-Dentaire et de soins réalisé par un dentiste (voir pages 110 et 111).

SPECIMEN

DÉVELOPPEMENT

Dans quelle classe est l'adolescent : .....

Scolarité excellente ☐ bonne ☐ moyenne ☐ difficile ☐

Modifications familiales ou de conditions de vie depuis la dernière consultation : non ☐ oui ☐

ÉTAT PSYCHO-AFFECTIF

Symptômes dépressifs (humeur triste, déprimée ou désespérée, perte d'intérêt ou de plaisir, idées suicidaires, scarifications…) non ☐ oui ☐

Symptômes anxieux (Irritabilité, besoin excessif d'être rassuré, TOC, plaintes somatiques, peur du regard des autres, évitement…) non ☐ oui ☐

Sentiment de harcèlement non ☐ oui ☐

Si autres signes de mal être, préciser : .....

Consommation de : tabac ☐ alcool ☐ cannabis ☐ autre ☐

L'alimentation est-elle un sujet de désaccord ? non ☐ oui ☐

Nombre d'heures de sommeil par nuit : ⌊__⌋⌊__⌋

Difficultés d'endormissement et/ou réveils nocturnes : non ☐ oui ☐

Nombre d'heures passées devant un écran par jour : ⌊__⌋⌊__⌋ h

Contrôle du contenu et images visionnées : non ☐ oui ☐

Utilisation des écrans dans un objectif précis pour réaliser une tâche limitée dans le temps :

jamais ☐ rarement ☐ la plupart du temps ☐

En dehors de l'école, activité physique (jeux, loisirs actifs…)

<1h ☐ 1 à 3h ☐ >à 3h ☐

Pratique hebdomadaire d'un sport : non ☐ 1 à 2 fois ☐ 3 fois ou plus ☐

Si oui lequel .....

SPECIMEN

Examen somatique et synthèse de la consultation
(indiquez ici les éventuelles particularités cliniques, les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations).

.....

.....

.....

.....

.....

Suivi(e) par : kinésithérapeute ☐ orthophoniste ☐ psychomotricien(ne) ☐
psychologue ☐ autre ☐

Si autre préciser :.....

Nombre de séances par semaine :

Vaccinations à jour non ☐ oui ☐

Si non, date des vaccinations à réaliser : ...../..... /20.....

Avis médical spécialisé demandé : oui ☐ Si oui préciser : .....

Orientation vers : autre professionnel de santé ☐

Structure pluridisciplinaire (CMP, MDA, centre de référence, réseau...) ☐

Si oui, préciser : .....

Nom : .....

Qualification : .....

Cachet et signature :

SPECIMEN

AUTRES EXAMENS MÉDICAUX

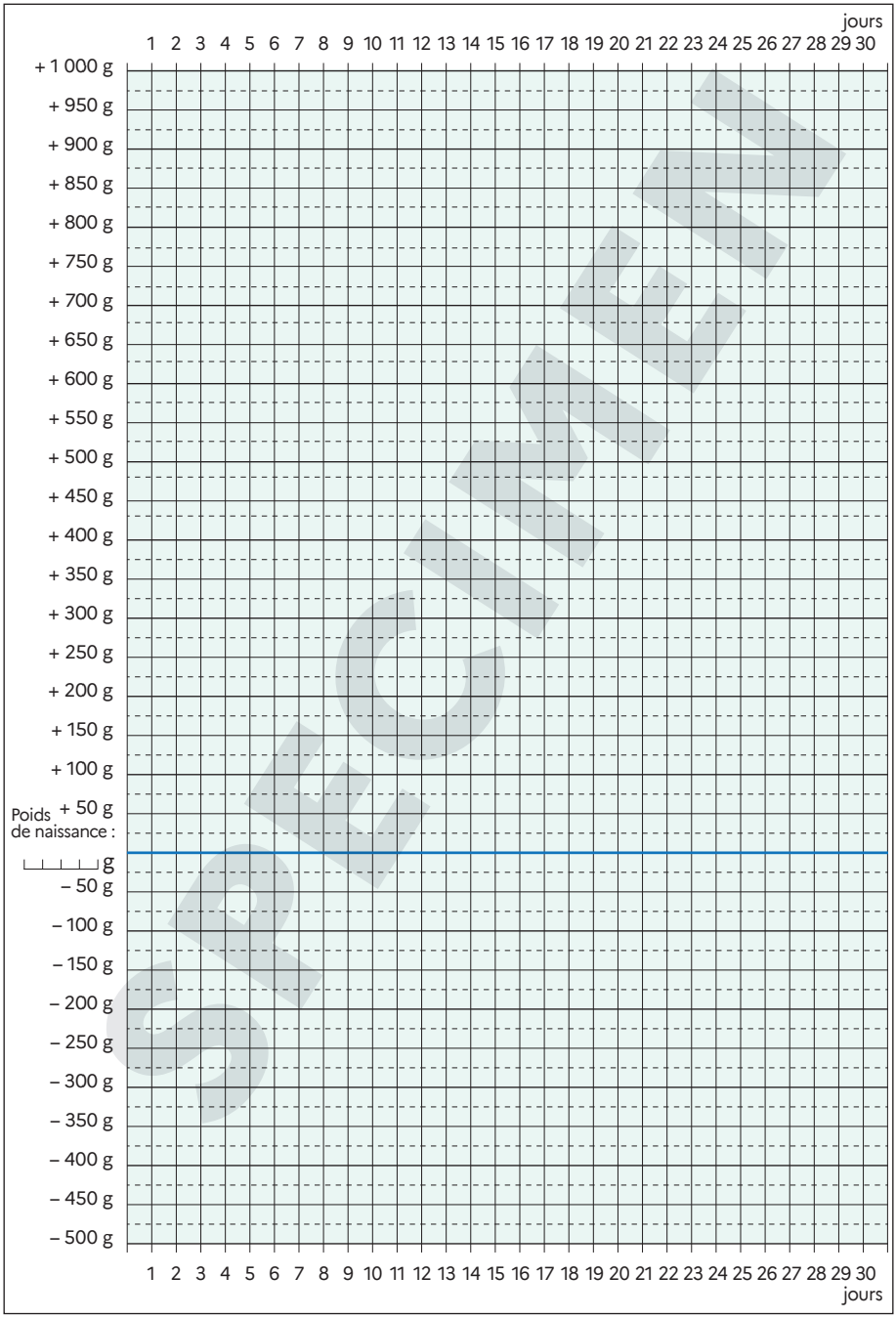
DATE	ÂGE	POIDS	TAILLE	IMC	MOTIF

SPECIMEN

	CONCLUSIONS ET PRESCRIPTIONS	CACHET ET SIGNATURE

SPECIMEN

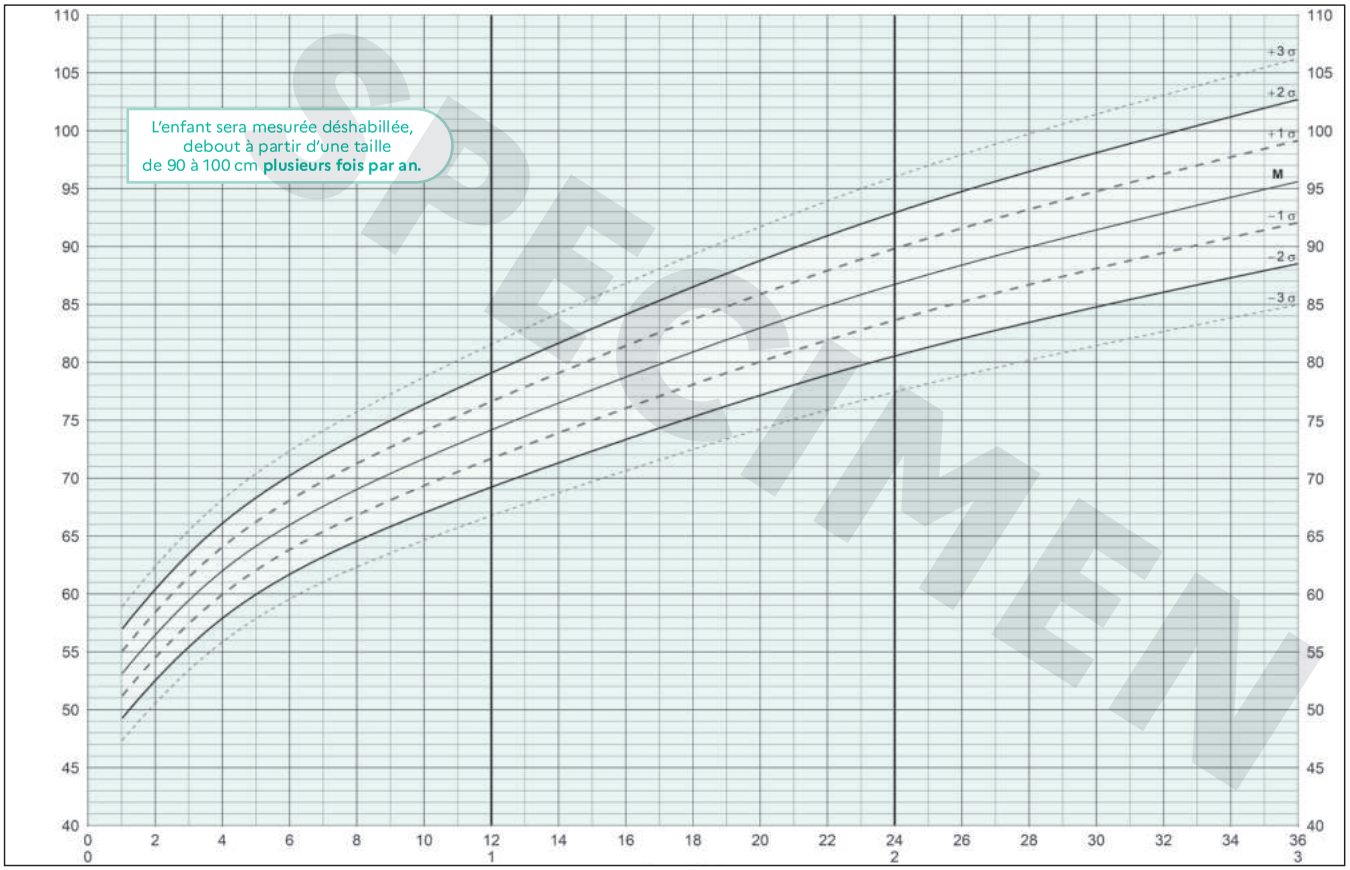
COURBE DE POIDS (g) DU PREMIER MOIS



Lorsque votre enfant est pesé et mesuré, reportez son poids en fonction de son âge sur ce graphique pour suivre son évolution pendant les 30 premiers jours qui suivent sa naissance.

SPECIMEN

TAILLE DES FILLES
de 1 mois à 3 ans (cm)

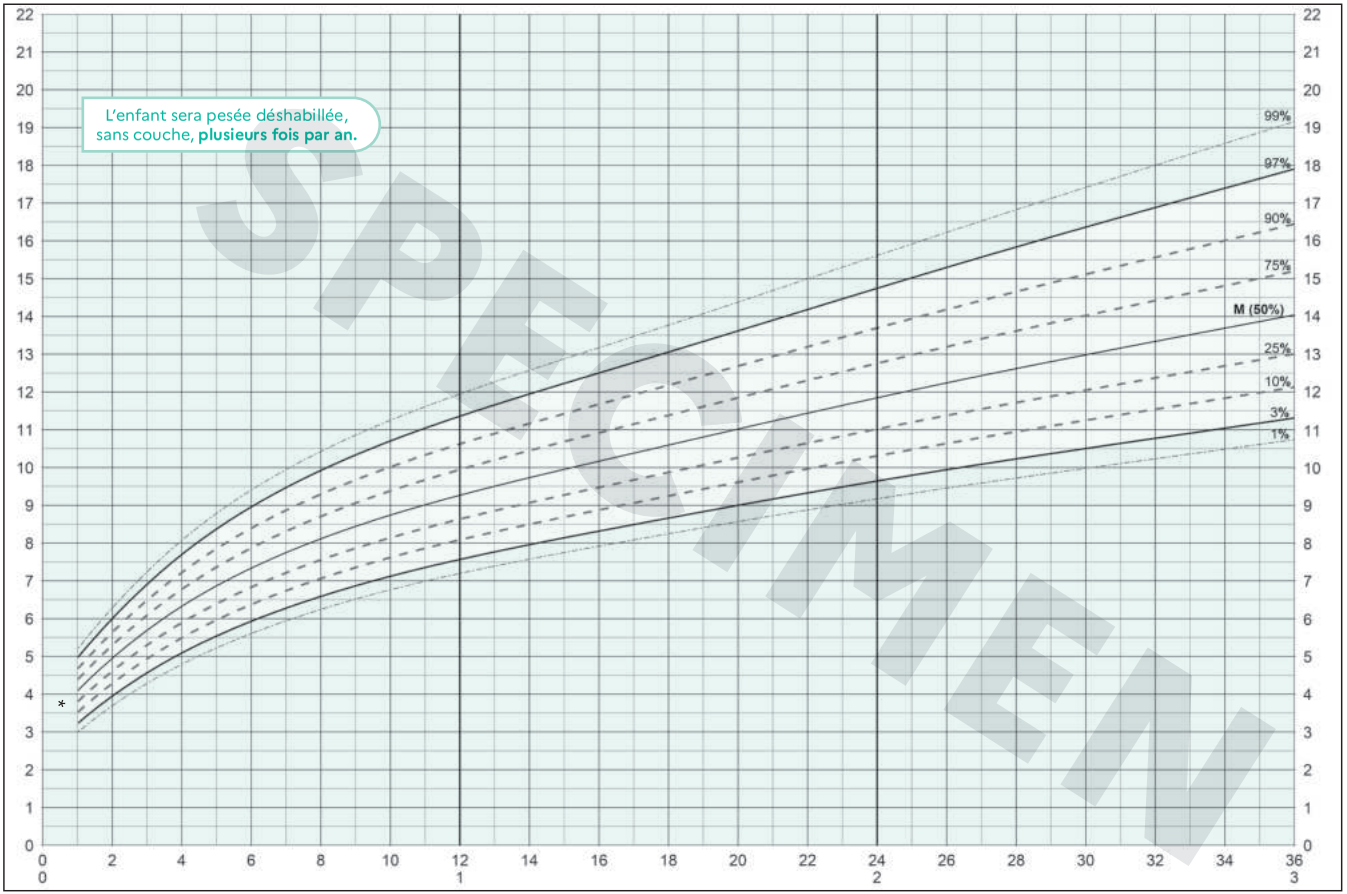


σ : écart-type ; M : médiane

Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018
[enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

SPECIMEN

POIDS DES FILLES
de 1 mois à 3 ans (kg)



SPECIMEN

M : médiane

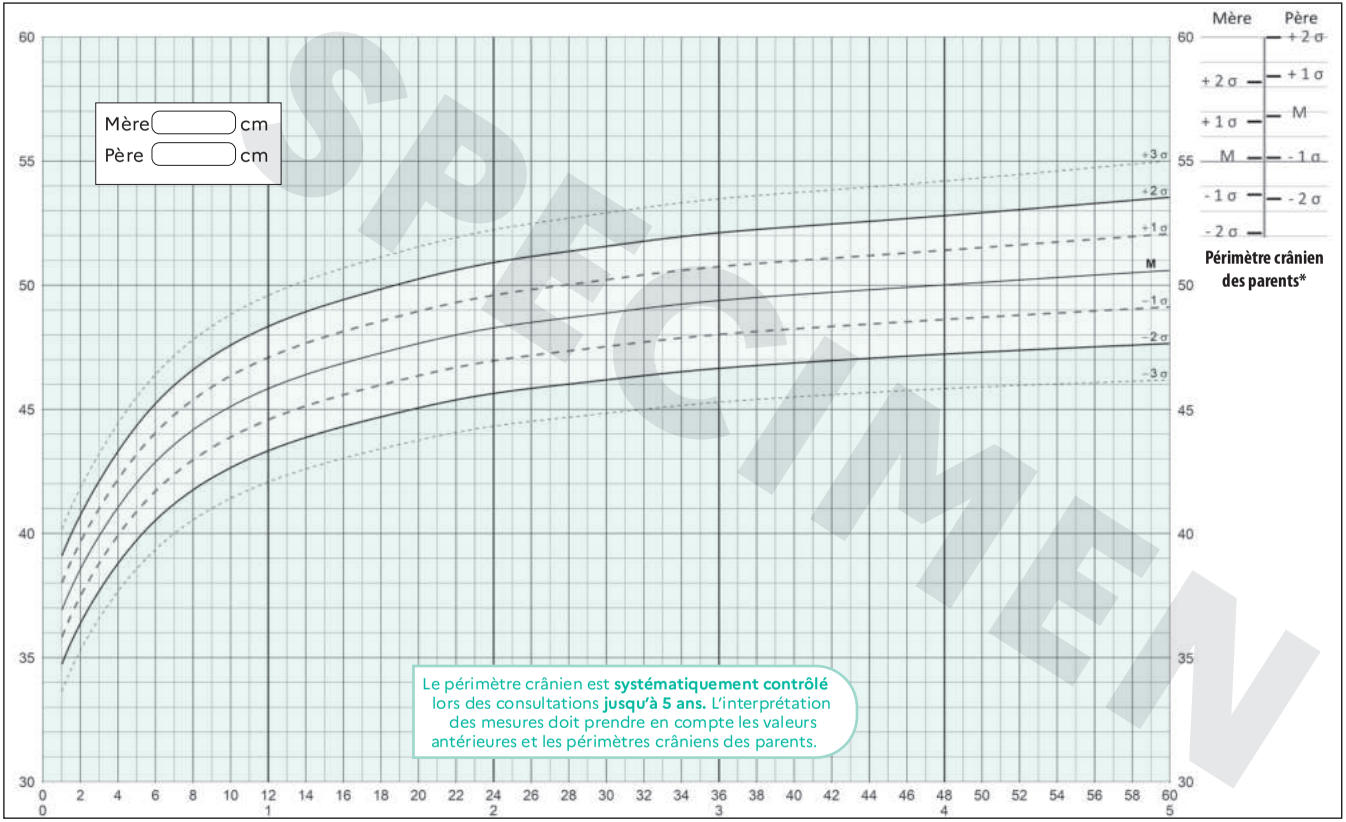
Âge Mois
Année

Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018
[enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

*Le suivi précis de la croissance pondérale néonatale peut se faire page 98

PÉRIMÈTRE CRÂNIEN DES FILLES

de 1 mois à 5 ans (cm)



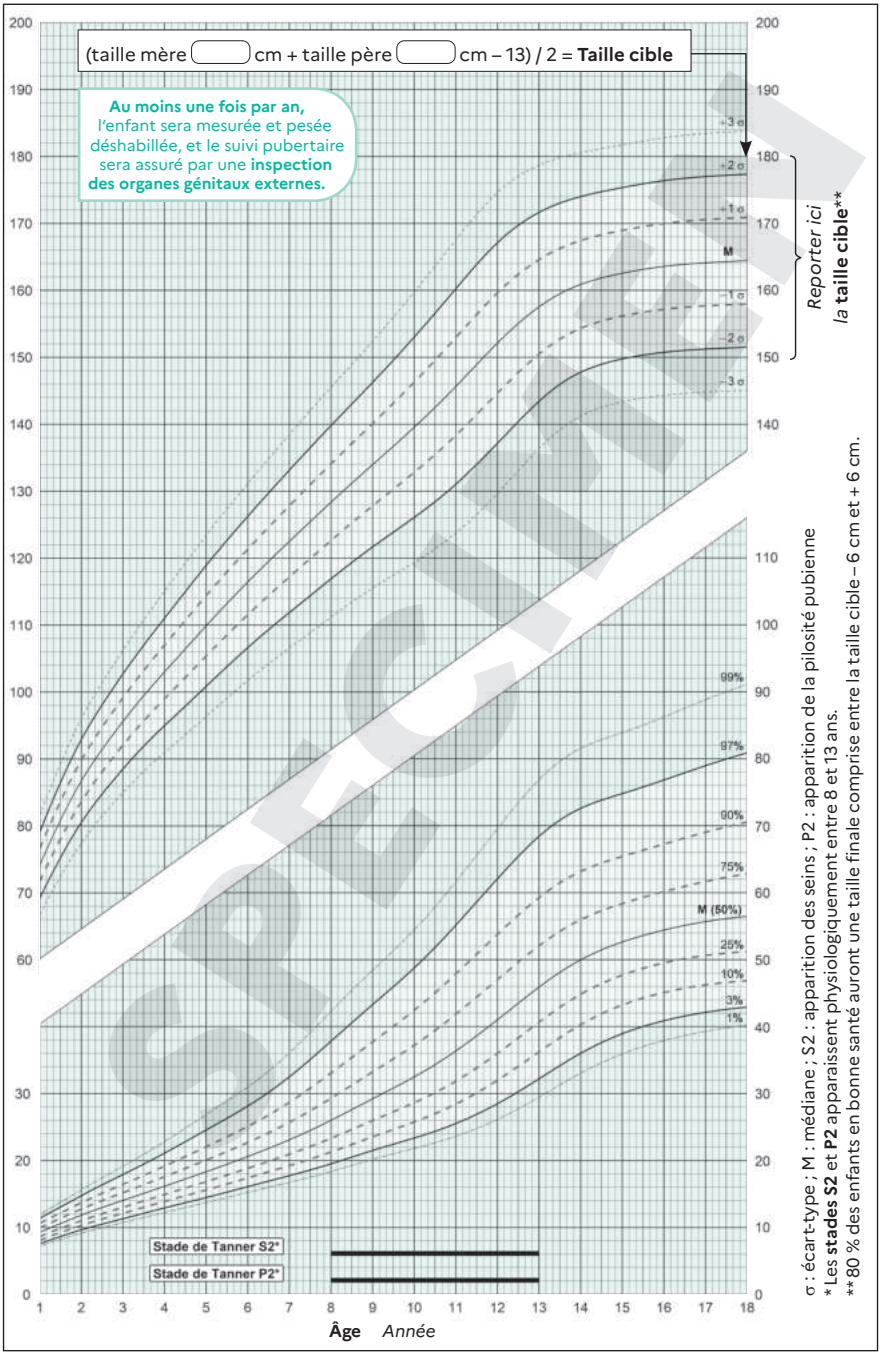
σ : écart-type ; M : médiane

* Écarts-types de la distribution moyenne des périmètres crâniens des adultes des pays avec des économies avancées.

Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018
[enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

SPECIMEN

TAILLE (cm) **ET POIDS** (kg) **DES FILLES**
de 1 à 18 ans



σ : écart-type ; M : médiane ; S2 : apparition des seins ; P2 : apparition de la pilosité pubienne
* Les **stades S2** et **P2** apparaissent physiologiquement entre 8 et 13 ans.
** 80 % des enfants en bonne santé auront une taille finale comprise entre la taille cible – 6 cm et + 6 cm.

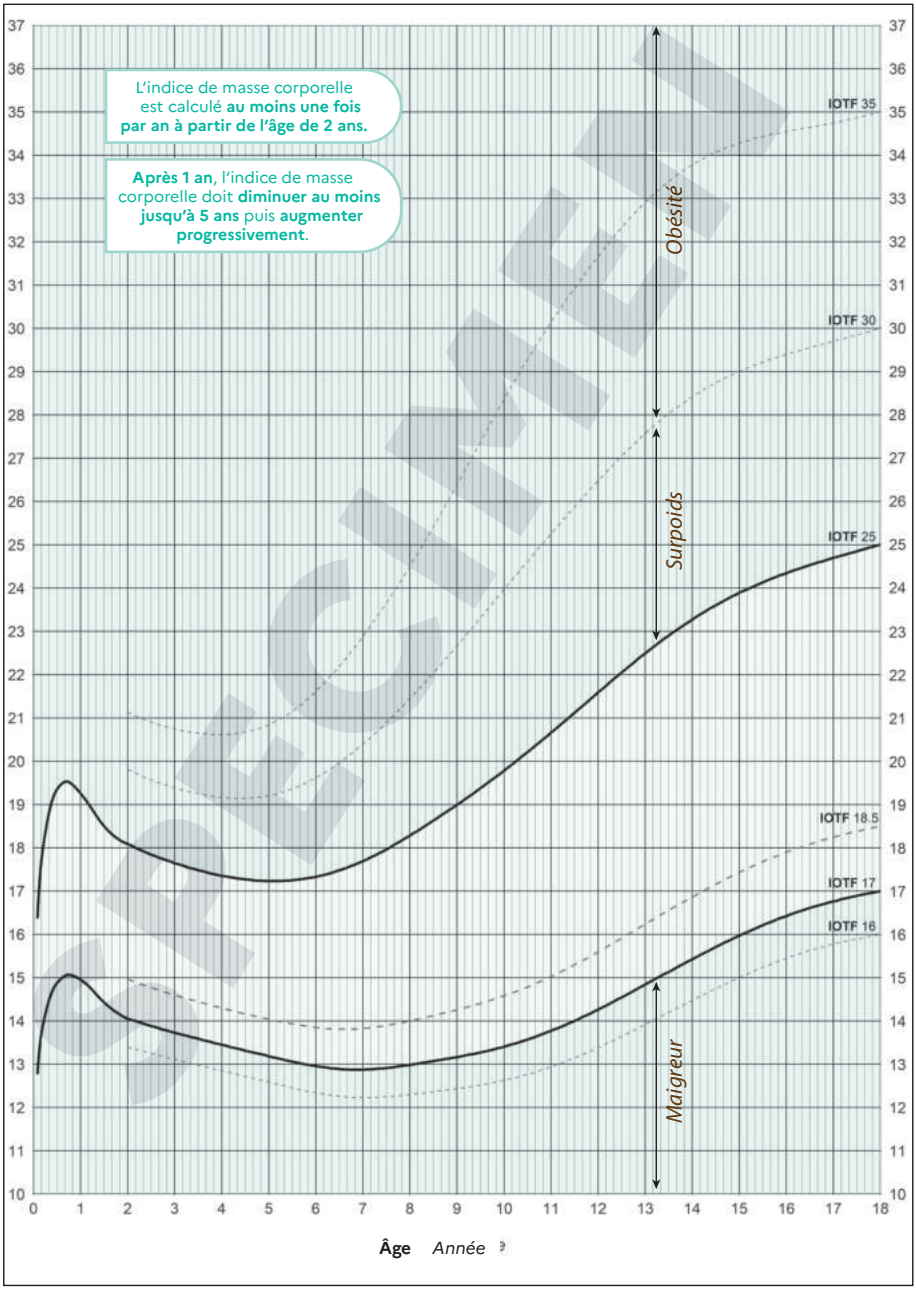
L'interprétation des mesures est basée sur une **analyse conjointe** de la **taille**, du **poids** et de l'**indice de masse corporelle**, et tient compte des **tailles des parents**, des mesures antérieures et du **stade pubertaire.**

Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018 [enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

SPECIMEN

INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES

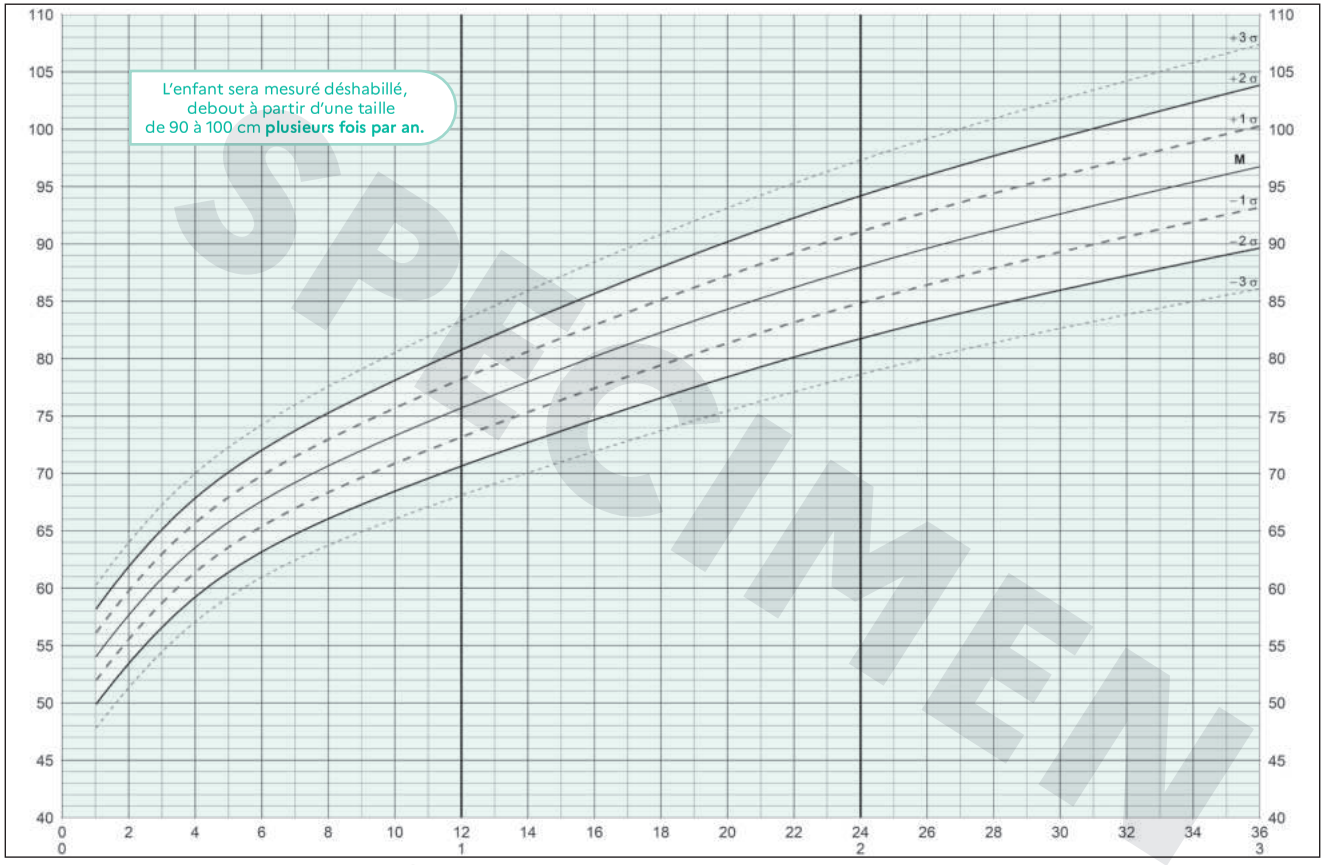
de 1 mois à 18 ans (kg/m²)



PROMEF

Après 2 ans : *courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. Pediatric Obesity 2012.*
Avant 2 ans : *courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.*

TAILLE DES GARÇONS
de 1 mois à 3 ans (cm)



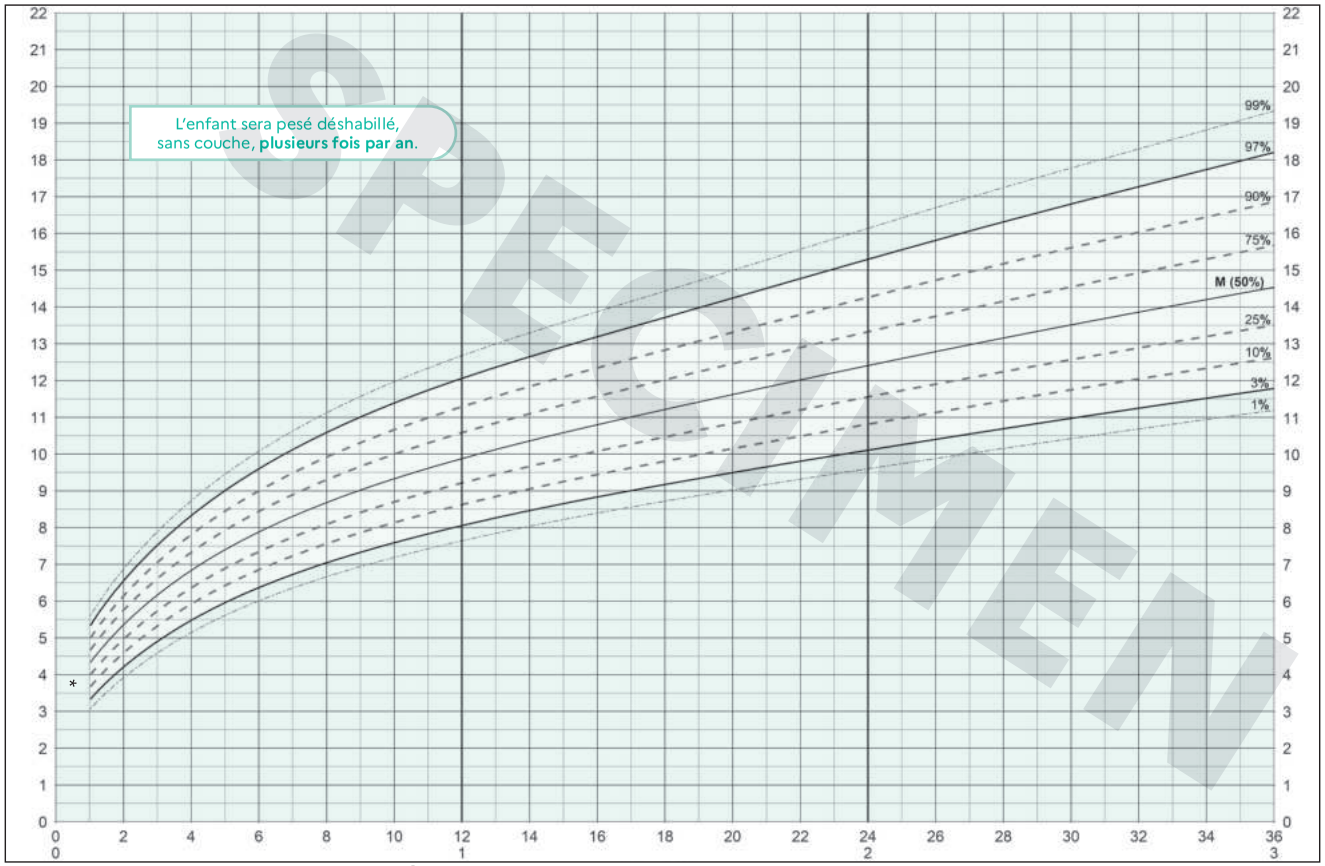
σ : écart-type ; M : médiane

Âge Mois
Année

Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018
[enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

SPECIMEN

POIDS DES GARÇONS
de 1 mois à 3 ans (kg)



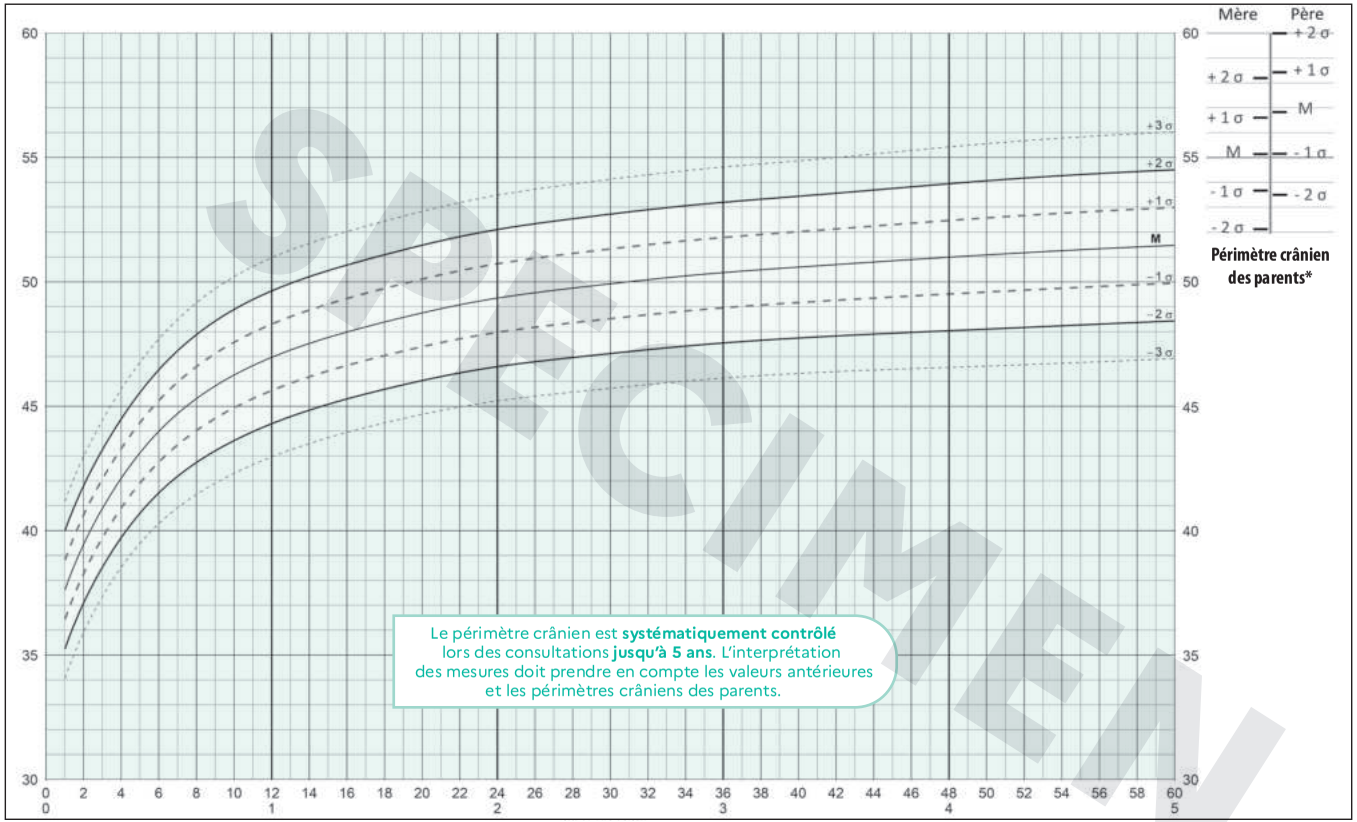
M : médiane
* Le suivi précis de la croissance pondérale néonatale peut se faire page 98

Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018
[enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

SPECIMEN

PÉRIMÈTRE CRÂNIEN DES GARÇONS

de 1 mois à 5 ans (cm)



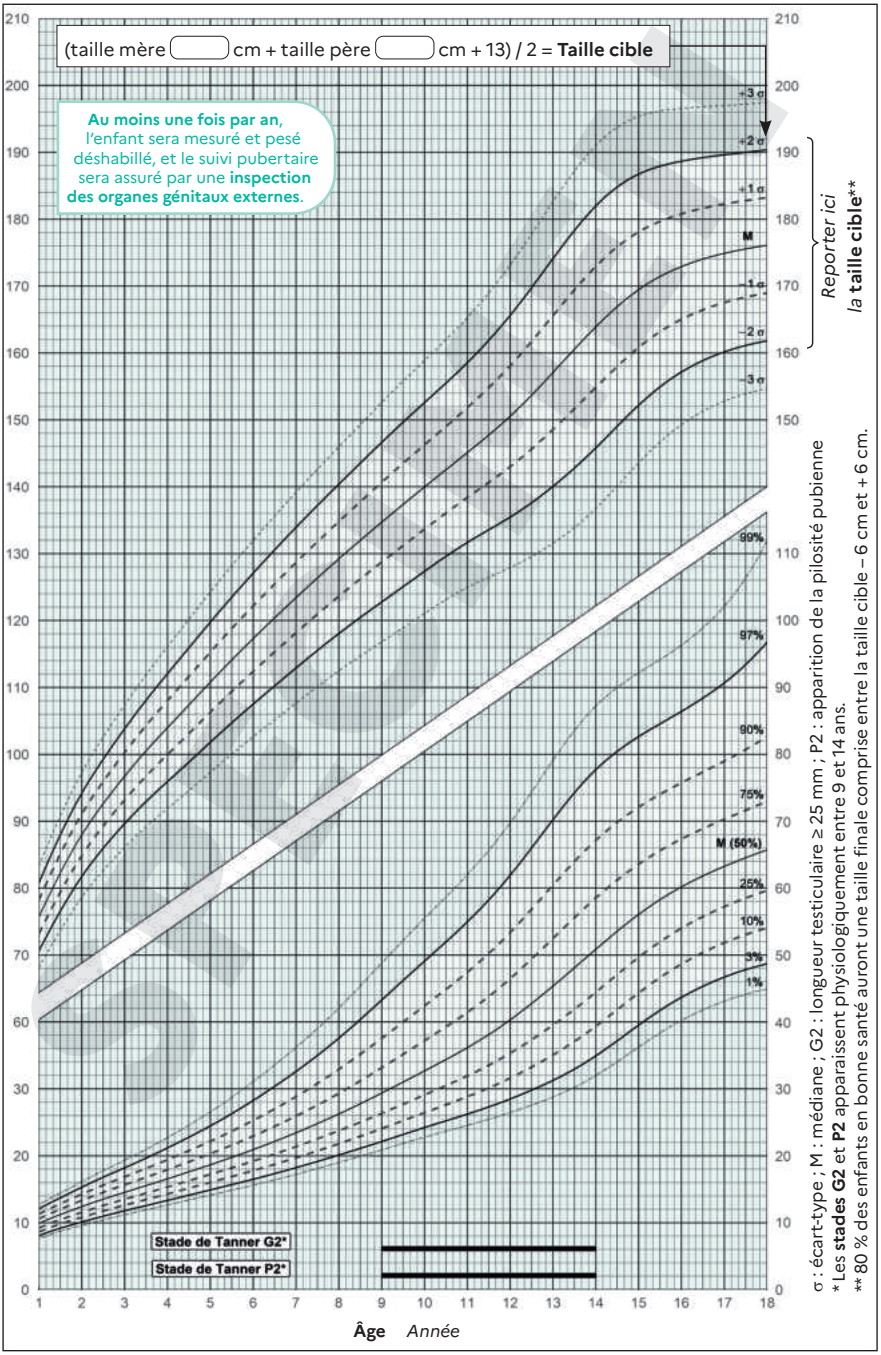
SPECIMEN

σ : écart-type ; M : médiane

* Écarts-types de la distribution moyenne des périmètres crâniens des adultes des pays avec des économies avancées.

Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018
[enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

TAILLE (cm) ET POIDS (kg) DES GARÇONS
de 1 à 18 ans

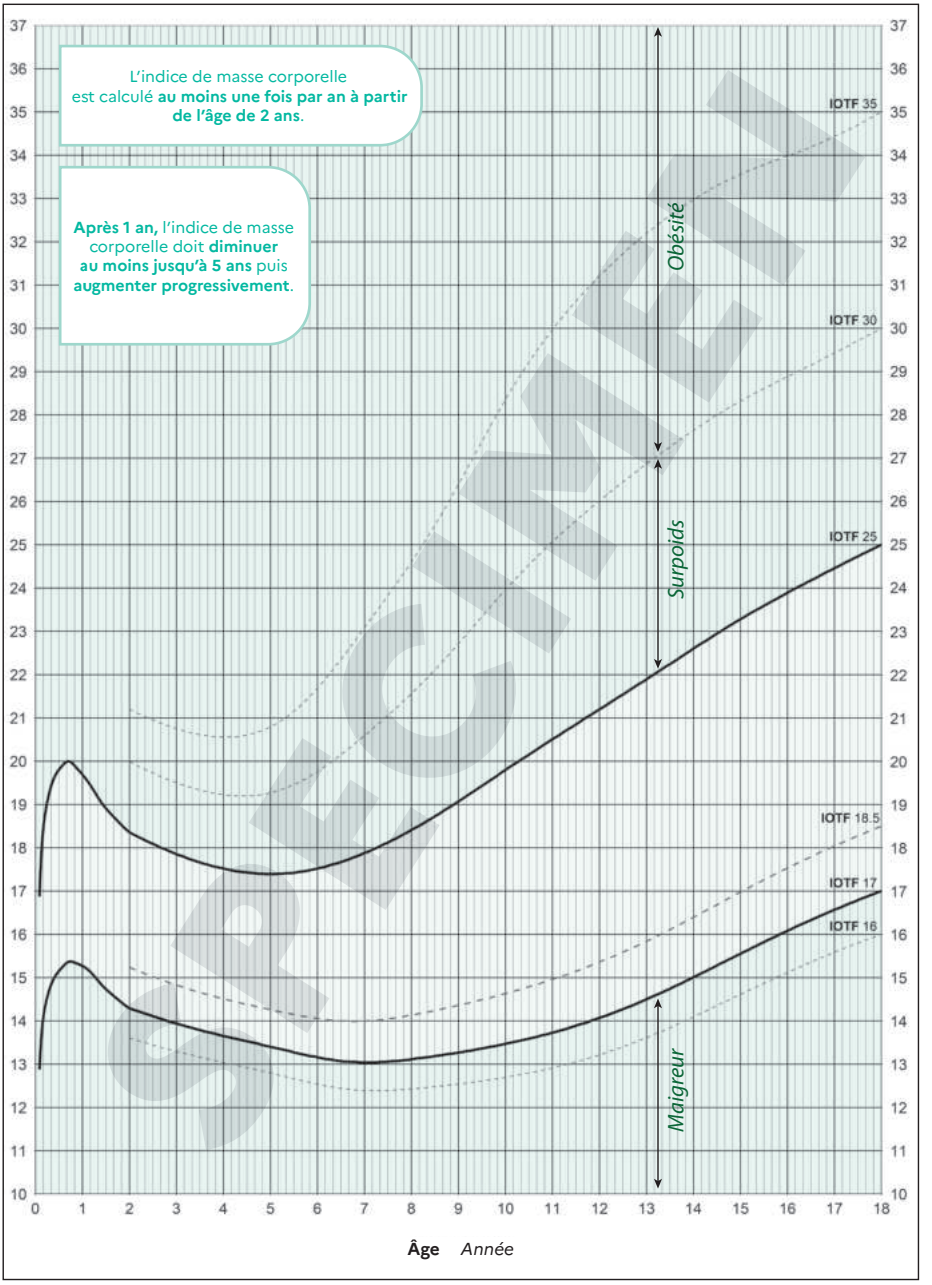


L'interprétation des mesures est basée sur une **analyse conjointe** de la **taille**, du **poids** et de l'**indice de masse corporelle**, et tient compte des **tailles des parents**, des mesures antérieures et du **stade pubertaire**.

σ : écart-type ; M : médiane ; G2 : longueur testiculaire ≥ 25 mm ; P2 : apparition de la pilosité pubienne
* Les **stades G2** et **P2** apparaissent physiologiquement entre 9 et 14 ans.
** 80 % des enfants en bonne santé auront une taille finale comprise entre la taille cible – 6 cm et + 6 cm.

Courbes de croissance AFPA – CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018 [enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].

INDICE DE MASSE CORPORELLE DES GARÇONS
de 1 mois à 18 ans (kg/m²)



Après 2 ans : *courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. Pediatric Obesity 2012.*
Avant 2 ans : *courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2 500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.*

SPECIMEN

Rubriques pour les professionnel(le)s

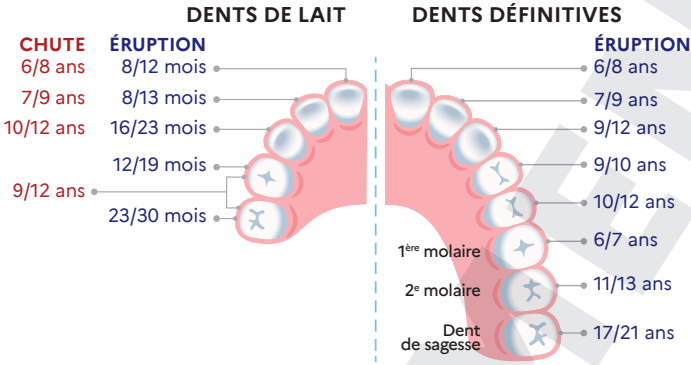
Allergies

Allergène en cause (Aliments/médicaments/autres)	Date	Suspecte	Certaine	Nom, cachet et signature du médecin
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	
		☐	☐	

SPECIMEN

Suivi bucco dentaire annuel

CALENDRIER DES ÉRUPTIONS ET DES CHUTES DES DENTS DE LAIT À DÉFINITIVES



Suivi bucco-dentaire annuel

Âge	Date de la visite	Signature et identification du chirurgien-dentiste
1 AN		
2 ANS		
3 ANS		
4 ANS		
5 ANS		
6 ANS		
7 ANS		
8 ANS		
9 ANS		

SPECIMEN

Suivi bucco-dentaire annuel

Âge	Date de la visite	Signature et identification du chirurgien-dentiste
10 ANS		
11 ANS		
12 ANS		
13 ANS		
14 ANS		
15 ANS		
16 ANS		
17 ANS		
18 ANS		
19 ANS		
20 ANS		
21 ANS		
22 ANS		
23 ANS		
24 ANS		

SPECIMEN

Rappel sur les facteurs de risque de développer une amblyopie

FACTEURS DE RISQUE DE PATHOLOGIE VISUELLE ORGANIQUE

- Antécédents familiaux de maladies oculaires potentiellement héréditaires et congénitales (cataracte congénitale, glaucome congénital, rétinoblastome, malformations oculaires, craniofaciales) ;
- Prématurité < 31 semaines et/ou petit poids de naissance < 1250 g (ROP) ;
- Craniosténoses héréditaires ;
- Infections materno-fœtales.

« La présence d'un de ces facteurs nécessite un contrôle ophtalmologique rapide (1er mois de vie). »

FACTEURS DE RISQUE DE PATHOLOGIE VISUELLE FONCTIONNELLE

- Antécédents familiaux au 1er degré d'amétropie forte apparue dans la petite enfance, de strabisme, de nystagmus ou d'amblyopie ;
- Prématurité < 37 semaines et/ou petit poids de naissance < 2500 g ;
- Souffrance neurologique néonatale et séquelles ultérieures (IMC, retard PM) ;
- Anomalies chromosomiques, notamment la T21 ;
- Craniosténoses et malformations de la face ;
- Exposition toxique durant la grossesse (tabac, alcool, cocaïne) ;
- Pathologie générale avec atteinte oculaire ou neuro ophtalmologique potentielle ;
- Autres handicaps neurosensoriels.

« La présence d'un de ces facteurs de risque nécessite un contrôle ophtalmologique entre 12 et 15 mois de vie. »

SPECIMEN

Les troubles sensoriels et du neurodéveloppement

*Les troubles du neurodéveloppement (TND) concernent 1 enfant sur 6. Les interventions précoces peuvent améliorer la trajectoire développementale des enfants concernés. C'est pour cela qu'il est important d'**agir le plus tôt possible.***

POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 7 ANS

Pour vous aider, vous disposez d'un guide **« Détecter les signes d'un développement inhabituel chez les enfants de moins de 7 ans »**

Il permet de faire le point sur les signes d'alerte communs à tout âge, ainsi que les facteurs de risque de TND : prématurité, poids de naissance < 1500g, frère, sœur ou parent de 1er degré ayant un TND, exposition pendant la grossesse aux toxiques (alcool, drogues, certains médicaments), affections néonatales sévères, syndromes génétiques.
Il propose une grille de repérage des écarts de développement à chaque examen obligatoire jusqu'à 6 ans.

Scanner ce QR code pour vous connecter :
Au guide

En cas de signes d'alerte de trouble du neurodéveloppement, vous pouvez :
Adresser l'enfant vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) pour un parcours diagnostique et d'interventions précoces, sans reste à charge pour la famille.

Scannez ce QR code pour vous connecter :
à la plateforme de coordination et d'orientation (PCO)

Réaliser une consultation complexe majorée dédiée au repérage des signes d'alerte.
En cas de doute, vous pouvez contacter le médecin de la plateforme pour obtenir son point de vue et décider de l'orientation vers la plateforme ou de la poursuite de votre suivi.

Scannez ce QR code pour consulter en ligne
l'annuaire des PCO.

POUR LES ENFANTS DE PLUS DE 7 ANS

En cas de doute, sur l'existence d'un trouble « DYS », d'un déficit de l'attention ou autre trouble du neurodéveloppement, vous disposez d'un formulaire d'adressage spécifique dans le livret de repérage des trouble du neurodeveloppement de 7 à 12 ans.

Scannez ce QR code pour vous connecter :
au formulaire d'adressage.

SPECIMEN

Pathologies au long cours

DIAGNOSTIC (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT) :

.....

.....

.....

Date du diagnostic |__|__|__|__|__|__|__|__|
jour mois année

Coordonnées du médecin et/ou de l'établissement de santé (adresse, téléphone, e-mail) :

.....

.....

En cas d'urgence :

Médecin à contacter (nom, téléphone) : .....

.....

Mesures spéciales en cas d'urgence .....

.....

.....

DIAGNOSTIC (À REMPLIR PAR LE MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT) :

.....

.....

.....

Date du diagnostic |__|__|__|__|__|__|__|__|
jour mois année

Coordonnées du médecin et/ou de l'établissement de santé (adresse, téléphone, e-mail) :

.....

.....

En cas d'urgence :

Médecin à contacter (nom, téléphone) : .....

.....

Mesures spéciales en cas d'urgence .....

.....

.....

SPECIMEN

Hospitalisations complètes et hospitalisations de jour

Y compris les hospitalisations en période néonatale.

Hospitalisé(e) Du... au...	Commentaires succincts	Nom et cachet du service (mention obligatoire)

SPÉCIMEN

« N'oubliez pas d'apporter le carnet de santé à chaque hospitalisation. Avant la sortie du service, assurez-vous que le séjour a bien été inscrit par le médecin sur les pages réservées à cet effet. »

Vaccinations

Pour protéger votre enfant

Les vaccinations constituent un moyen essentiel pour protéger votre enfant et ceux des autres contre la survenue de maladies infectieuses ; elles évitent la propagation de ces maladies.

Pour assurer la meilleure protection de votre enfant, il faut respecter le nombre d'injections requis en fonction de l'âge, tel qu'il figure dans le calendrier des vaccinations publié chaque année sur le site internet du ministère de la Santé et de l'Accès aux soins.

Si vous vous posez des questions sur la vaccination, n'hésitez pas à consulter le site de l'agence Santé publique France.

Scannez ce QR code pour vous connecter :
www.vaccination-info-service.fr

CES PAGES ONT VALEUR DE CERTIFICAT DE VACCINATION

Lorsqu'un retard est intervenu dans la réalisation du schéma de vaccination, il n'est pas nécessaire de recommencer tout le programme des vaccinations imposant des injections répétées. Il suffit de reprendre ce programme au stade où il a été interrompu et de compléter la vaccination en réalisant le nombre d'injections requis en fonction de l'âge.

« La vaccination doit être inscrite lisiblement et complètement. »

*« Si une vaccination est **non effectuée** pour raisons médicales ou pour toute autre raison, le professionnel de santé indique, clairement, cette raison dans le tableau réservé à cette vaccination. »*

Les mises à jour régulières du calendrier des vaccinations sont disponibles sur le site du ministère de la Santé et de l'Accès aux soins.

Scannez ce QR code pour vous connecter :
www.sante.gouv.fr

SPECIMEN

cerfa
N° 12594*03

Nom :

Prénom :

Né(e) le : jour mois année

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'haemophilus influenzae b et l'hépatite B[1]

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

1 Si utilisation d'un vaccin autre que le vaccin hexavalent, préciser le nom du vaccin. Si le vaccin contre l'hépatite B est effectué à l'aide d'un vaccin monovalent, le reporter à la rubrique « Autres vaccinations »

Vaccination contre les infections à pneumocoque

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

Vaccination contre les infections invasives à méningocoque

Méningocoque de type : .....

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

SPECIMEN

cerfa
N° 12594*03

Nom :

Prénom :

Né(e) le : jour mois année

Vaccination contre les infections invasives à méningocoque

Méningocoque de type : .....

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

Vaccination contre les infections invasives à méningocoque

Méningocoque de type : .....

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (measles, mumps, rubella)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

Vaccination contre la fièvre jaune : Guyane (yellow fever)[1]

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

1 Ce vaccin est obligatoire en Guyane

SPECIMEN

cerfa
N° 12595*03

Nom : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____ (jour / mois / année)

VACCINATIONS RECOMMANDÉES

Résultat du test de dépistage à la tuberculine (si indiqué)

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat	Signature et identification du vaccinateur

Vaccination antituberculeuse : BCG[2]

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

2 Ce vaccin est recommandé pour tous les enfants vivant en Île-de-France, Guyane, Mayotte ainsi que les enfants confrontés au risque de tuberculose.

Vaccination contre les Rotavirus

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

Vaccination contre les papillomavirus

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

SPECIMEN

cerfa
N° 12595*03

Nom :

Prénom :

Né(e) le :
jour mois année

AUTRES VACCINATIONS ET RAPPELS

(diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, méningocoque, etc.)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

SPECIMEN

Statut clinique ou immunitaire pour les maladies infectieuses

Inscrivez dans le tableau ci-dessous les maladies infectieuses transmissibles de l'enfant ainsi que le résultat de la recherche éventuelle d'anticorps spécifique pour ces maladies, même en dehors d'un contexte clinique évocateur (varicelle, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche, etc.).

Date	Pathologie	Sérologie éventuelle		PCR	Signature et identification du médecin (nom, cachet)
		Date	Résultat		

SPECIMEN

Prévention des infections des voies respiratoires inférieures dues au virus respiratoire syncytial (VRS)[1]

Date	Spécialité pharmaceutique et dosage	Lot	Signature et identification du médecin

1 Bronchiolites

Résultats des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse[2] : intradermoréaction à la tuberculine (IDR)

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat (en mm d'induration)	Signature et identification du médecin

2 En cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou en cas de suspicion clinique

Résultats des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse[3] : tests de détection de la production d'interféron gamma (IGRA)

Date	Test IGRA	Résultat	Signature et identification du médecin

3 En cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou en cas de suspicion clinique

SPECIMEN

Pour mémoire

Vous atteignez l'âge adulte

Votre carnet de santé représente la mémoire de votre croissance et de votre état de santé depuis la naissance. Gardez-le toute votre vie.

Pensez à le présenter à votre médecin qui recueillera les données les plus importantes et les inscrira dans votre dossier médical.

Rappelez-vous qu'il s'agit d'un document médical confidentiel et que **nul ne peut exiger** de vous sa communication.

SITES INTERNET UTILES

Scannez ce QR code pour vous connecter : www.1000-premiers-jours.fr

Scannez ce QR code pour vous connecter : www.vaccination-info-service.fr

Scannez ce QR code pour vous connecter au site national de prévention du suicide : www.3114.fr

Scannez ce QR code pour vous connecter : www.mangerbouger.fr

Scannez ce QR code pour vous connecter : www.sante.fr

Scannez ce QR code pour vous connecter : www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents

Scannez ce QR code pour vous connecter : www.tabac-info-service.fr

Scannez ce QR code pour vous connecter : www.centres-antipoison.net

NUMÉROS D'URGENCE
SAMU : 15
Numéro d'urgence européen : 112

SPECIMEN

SPECIMEN

Art L. 2132-1du Code de Santé Publique : Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil ; à défaut, il peut être demandé au service départemental de protection maternelle et infantile. Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus aux articles L. 2132-2 et L. 2132-2-1 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant. Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Ils doivent être informés que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.

Mise à jour du 04/10/2024

SPECIMEN

SPECIMEN

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS
Liberté
Égalité
Fraternité

Édition : Direction générale de la santé, Dicom des ministères sociaux •
Mise en page : Parimage • Illustrations : Shutterstock, GettyImages • Octobre 2024.