

# CARNET DE SANTÉ

Confidentiel

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_





N° 12593\*02

# 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)

Le carnet de santé est un document qui réunit tous les événements qui concernent la santé de votre enfant depuis la naissance. Ceux-ci y sont inscrits avec votre accord\*. Il constitue un lien entre les professionnels de santé, soumis au secret professionnel, qui interviennent pour la prévention et les soins. Vos observations seront utiles pour établir le dialogue avec eux.

Présentez-le à chaque consultation, hospitalisation, vaccination, examen (radiologique, bucco-dentaire, etc.). Pensez également à l'emporter en voyage.

Le carnet de santé est un document confidentiel, les informations qui y figurent sont couvertes par le secret médical. Nul ne peut en exiger la présentation sans votre accord\*.

Les droits de votre enfant sont protégés par plusieurs textes juridiques nationaux et internationaux\*\*.

**Si vous confiez le carnet de santé à votre enfant ou à un tiers, faites-le dans une enveloppe cachetée, portant la mention « secret médical ».**

\* Art. L. 2132-1 du Code de la santé publique (voir page 104).

\*\* <https://www.unicef.fr/sites/default/files/convention-des-droits-de-lenfant.pdf>





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 téléphones/emails :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### Mémento des numéros indispensables

Médecin, consultation de PMI : .....

.....

.....

.....

**SAMU : 15**

**Numéro d'urgence européen : 112**

**Allo enfance en danger : 119**

## TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Généralités	1 à 3
Pathologies au long cours, allergies, antécédents familiaux	4 à 6
Période périnatale	7 à 19
Surveillance médicale	20 à 77
Courbes de croissance	78 à 87
Examens bucco-dentaires	88 à 92
Hospitalisations – Produits sanguins – Examens radiologiques	93 à 96
Vaccinations, maladies infectieuses	97 à 103



Partie à remplir par le professionnel de santé



Espace destiné aux parents  
ou informations destinées aux parents



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



# PATHOLOGIES AU LONG COURS



Le médecin reportera sur ces deux pages, avec l'accord des parents, les hospitalisations, les maladies de longue durée et les allergies de l'enfant.



**Diagnostic** À remplir par le médecin qui suit l'enfant :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin et/ou de l'établissement de santé (adresse, téléphone, e-mail) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En cas d'urgence :

• médecin à contacter (nom, téléphone) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Diagnostic** À remplir par le médecin qui suit l'enfant :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date du diagnostic : \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin et/ou de l'établissement de santé (adresse, téléphone, e-mail) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En cas d'urgence :

• médecin à contacter (nom, téléphone) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ALLERGIES



**Aliment(s)**

Aliment (ou allergène) en cause

\_\_\_\_\_

Allergie : suspecte ☐ certaine ☐

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom, cachet et signature du médecin :

\_\_\_\_\_

Aliment (ou allergène) en cause

\_\_\_\_\_

Allergie : suspecte ☐ certaine ☐

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom, cachet et signature du médecin :

\_\_\_\_\_



**Médicament(s)**

Médicament (ou allergène) en cause

\_\_\_\_\_

Allergie : suspecte ☐ certaine ☐

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom, cachet et signature du médecin :

\_\_\_\_\_

Médicament (ou allergène) en cause

\_\_\_\_\_

Allergie : suspecte ☐ certaine ☐

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom, cachet et signature du médecin :

\_\_\_\_\_



**Autres allergènes**

Allergène en cause

\_\_\_\_\_

Allergie : suspecte ☐ certaine ☐

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom, cachet et signature du médecin :

\_\_\_\_\_

Allergène en cause

\_\_\_\_\_

Allergie : suspecte ☐ certaine ☐

Date : \_\_\_\_\_

Commentaires :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom, cachet et signature du médecin :

\_\_\_\_\_





## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

**Certaines maladies ou malformations, ainsi que des prédispositions à certaines maladies ou allergies peuvent se transmettre héréditairement.**

Si un membre de votre famille a présenté une maladie à caractère héréditaire (mucoviscidose, drépanocytose, hémophilie, luxation de hanche, etc.) :

**il est important d'en parler le plus tôt possible avec votre médecin.**

Plus généralement, pensez à parler à votre médecin des maladies retrouvées dans votre famille et qui peuvent avoir une influence sur la santé future de votre enfant (obésité, hypertension, diabète, cancer, etc.).

**Si l'un de vous deux ou l'un de vos enfants est allergique, votre nouveau-né présente un risque plus important d'allergie. Votre médecin pourra vous conseiller sur les mesures de prévention.**

Nom de la maladie	Côté maternel	Côté paternel

## PÉRIODE PRÉNATALE\*

### Mère

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

jour mois année

Poids habituel : ..... kg

Taille : ..... cm

### Père

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance :

jour mois année

Poids habituel : ..... kg

Taille : ..... cm



Parité : .....

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

Taux des agglutinines irrégulières : .....

### Sérologies :

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, la mère a-t-elle pris des médicaments (en dehors des suppléments usuels) ?

non ☐

oui ☐

Échographies anténatales, anomalies décelées, contrôles à prévoir : .....

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





# NAISSANCE



## Accouchement

Date de naissance : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année

Heure de naissance : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min

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

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 ☐ générale ☐  
péridurale ☐ rachianesthésie ☐ autre ☐

Naissance par : voie basse non instrumentale ☐ césarienne programmée ☐  
extraction voie basse instrumentale ☐ césarienne en urgence ☐

En cas de césarienne, quelle est l'indication ?

Cause maternelle ☐ Cause fœtale ☐

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

Fièvre maternelle : non ☐ oui ☐



## Examen de l'enfant à la naissance

Poids : \_\_\_\_\_ g Taille : \_\_\_\_\_ cm PC : \_\_\_\_\_ cm

Apgar à 1 minute : \_\_\_\_\_ Apgar à 5 minutes : \_\_\_\_\_

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

non ☐ oui ☐

Préciser : \_\_\_\_\_

Transfert : non ☐ oui ☐

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

Soins et gestes pratiqués : vitamine K ☐ collyre ☐

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

Autres renseignements : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Cachet et signature : \_\_\_\_\_

Qualification : \_\_\_\_\_



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 clinique

Fréquence cardiaque au repos	_____	Fémorales perçues	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Fréquence respiratoire au repos	_____	Vigilance normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Souffle cardiaque	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Réaction aux stimuli sonores	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Hépatomégalie	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus axial normal	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Splénomégalie	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Tonus des membres normal	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Hernie inguinale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Mobilité normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Ictère	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Fosses lombaires libres	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Si oui, taux maximum à J (...) de bilirubine : _____		Hanche droite normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Organes génitaux : _____		Hanche gauche normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
		Pied droit normal	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
		Pied gauche normal	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Autres anomalies : \_\_\_\_\_



## Examen ophtalmologique

Globes oculaires de taille normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Pupilles normales	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Lueurs pupillaires présentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Examen fait et certificat établi  
par le D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_



## Dépistage d'une déficience auditive

	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Méthode : _____	
Résultat :	
OD <input type="checkbox"/>	à surveiller <input type="checkbox"/>
OG <input type="checkbox"/>	

Cachet et signature : \_\_\_\_\_



## Tests biologiques de dépistage

Dépistage de phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales et hypothyroïdie :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Dépistage de la drépanocytose :	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Dépistage de la mucoviscidose :	
Consentement des parents recueilli	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Test effectué	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Autres dépistages (préciser) : \_\_\_\_\_

Prélèvements effectués par :

Nom : \_\_\_\_\_ Qualification : \_\_\_\_\_

À : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_





\* L'os en croissance a besoin de vitamine D, votre médecin prescrira le supplément nécessaire.



**Si votre enfant garde un teint jaune au-delà de 15 jours ou si ses selles sont décolorées (blanches ou grises, cf. page 11), consultez votre médecin sans attendre.**

**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 risques de développer des problèmes respiratoires (asthme, bronchites...).**



## EXAMEN DE LA DEUXIÈME SEMAINE



## Examen clinique

### Échelle colorimétrique des selles

Demander aux parents de quelle couleur sont les selles de leur enfant.

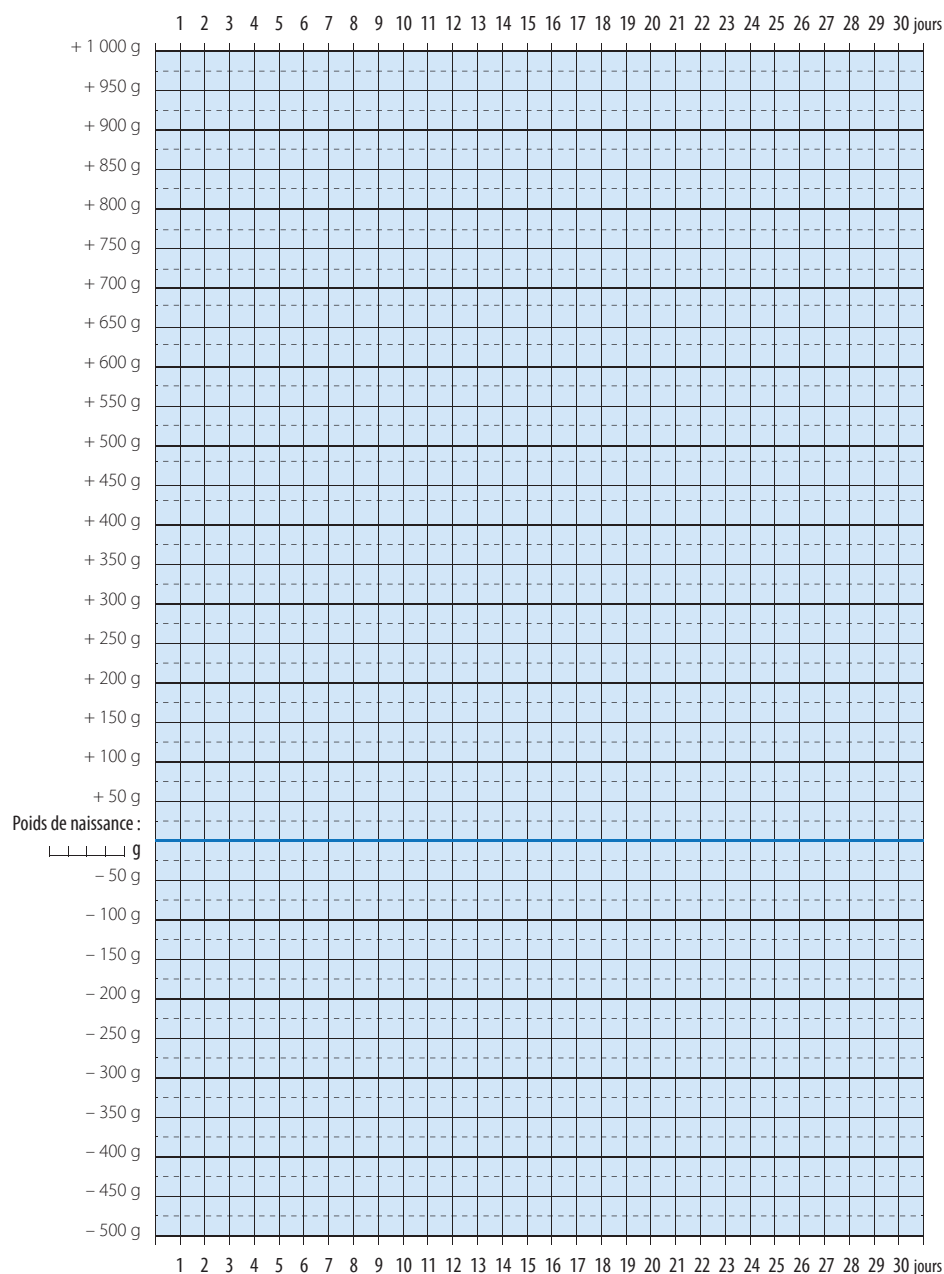


Numéro :





## Courbe de poids du premier mois



## Son 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 ou de réponses à vos questions, de parler de votre allaitement, médecins, sages-femmes, professionnels 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 qui convient à votre bébé, les quantités à donner et les modes de reconstitution vous seront indiqués lors des visites chez votre médecin ou à la consultation de 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.**
- 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 des biberons garantis sans BPA (bisphénol A) et si possible en verre.
- Ne donnez pas de miel aux nourrissons âgés de moins de 1 an (risque de botulisme infantile).







## Diversification alimentaire

Dès les 4 mois (révolus) de votre bébé, en lien et sur les conseils de votre médecin, vous pourrez commencer à lui donner d'autres aliments que le lait. Vous trouverez pages 30-31 de ce carnet les repères d'introduction des aliments chez l'enfant de 0 à 3 ans.

## 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, dans un espace délimité et protégé, et laissez-le libre de ses mouvements. Faites-le dormir sur le dos et jouer sur le ventre.



### Le bébé et les écrans (télévision, ordinateur, tablette, smartphone, etc.)

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

**Avant 3 ans : évitez de mettre votre enfant dans une pièce où la télévision est allumée même s'il ne la regarde pas.**

Quel que soit son âge, évitez de mettre un téléviseur 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 ; ne lui faites pas utiliser de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.

### Ne fumez jamais en présence de votre bébé. Le tabac est dangereux.

Fumer en présence de votre bébé ou dans son lieu de vie 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](http://www.tabac-info-service.fr) ou auprès d'un professionnel de santé.



## 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 quand il est dans son bain et ne le laissez jamais seul.



## Ses pleurs



Votre bébé peut pleurer en moyenne jusqu'à 2 heures par jour. C'est pour lui une manière de s'exprimer, d'attirer votre attention. Vous apprendrez progressivement la signification de ses 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.**

**Secouer un bébé peut 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.



**Si votre bébé ne pleure pas comme d'habitude, que rien ne le console, appelez votre médecin.**





## Son sommeil

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

Utilisez un lit à barreaux sans tour de lit, avec un matelas ferme recouvert d'un drap-housse bien fixé. N'utilisez pas d'oreiller, de couverture, ni de couette. Dans un lit parapluie, il est dangereux d'ajouter un matelas.

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

### Respectez son rythme de sommeil.

Ne donnez jamais à votre bébé de médicaments pour dormir.

Ne l'habituez pas à s'endormir avec son biberon.

Laissez votre bébé bouger dans son lit.

**Les objets mous qui risquent de couvrir sa tête ou son visage sont dangereux** (oreiller, cale-bébé, cale-tête, coussin d'allaitement, etc.).

Il est préférable, si cela est possible, de placer le lit de votre bébé dans votre chambre pour les 6 premiers mois au minimum.

Ne vous endormez pas avec votre bébé dans vos bras.

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



## Sa santé

### Pour limiter la transmission des infections :

- lavez-vous bien les mains avant de vous occuper de votre bébé, et après ;
- 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, etc.), 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 une solution de réhydratation orale\* (SRO) tous les quarts d'heure, par petites quantités à la fois ;
- a de la fièvre (température rectale supérieure à 38 °C). Découvrez-le et donnez-lui à boire ;
- est gêné pour respirer ;
- a un comportement inhabituel.

\* Disponible sans ordonnance en pharmacie : un sachet à diluer dans 200 ml d'eau fraîche non sucrée.

## 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 autres reptiles) afin de limiter le risque d'infections graves pouvant être transmises par ces animaux.

Évitez les chaînes, cordons et colliers d'ambre autour du cou. Dans tous les cas, pensez à les retirer quand vous couchez votre enfant.

Ne le laissez pas boire son biberon seul.

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

**En voiture,** attachez votre bébé dans un dispositif adapté à son poids et homologué par la Sécurité routière.

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.

Désactiver l'airbag







## Les troubles sensoriels

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 sa vie. Soyez vigilants si :**

- 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 observez un reflet blanc dans le noir de la pupille ;
- 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. S'il n'entend pas bien, il existe de nombreuses possibilités pour l'aider.**

**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 avez remarqué quelque chose, si vous vous posez des questions, parlez-en rapidement à votre médecin, qui vous conseillera et vous adressera à un spécialiste, si nécessaire.**

## Conseils pour un environnement sain

Certains allergènes et produits chimiques qui se cachent dans l'environnement quotidien sont potentiellement toxiques pour les bébés. 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, 10 minutes tous les jours, même en hiver, pour éviter l'accumulation dans l'air de substances chimiques (vernys, colles, etc.) ;
- réduisez le nombre de produits d'entretien et préférez les produits à composant unique (vinaigre d'alcool, savon noir, etc.) à dose modérée ;
- n'utilisez pas de parfums d'intérieur, d'encens, de bougies, car ils sont souvent riches en composés chimiques nocifs ;
- évitez les travaux, en particulier les travaux de peinture, dans les 6 mois après la naissance ;
- vérifiez que les jouets et articles de puériculture (dont tétines, tapis d'éveil, matelas à langer, etc.) sont homologués CE ou NF. La réglementation sur les jouets et leur composition n'est pas la même pour les enfants de moins de 3 ans et pour ceux de plus de 3 ans. Il est important de la respecter ;
- lavez les textiles (peluches et vêtements) avant la première utilisation et régulièrement, en raison de la présence possible de composés chimiques indésirables ;
- évitez l'utilisation de produits cosmétiques dans les premiers mois, tant pour vous que pour votre bébé ;
- les produits de traitement des plantes (contre les insectes ou les champignons) contiennent souvent des pesticides nocifs pour vous et votre enfant : limitez leur usage.

### 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.





Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	Examen clinique et développement psychomoteur	Observations et prescriptions	Cachet et signature
							<div><div><div>Votre bébé :</div><ul style="list-style-type: none"><li>• tourne la tête vers celui qui l'appelle ;</li><li>• sur le ventre (quand il est éveillé), commence à soulever sa tête puis les épaules.</li></ul></div><div></div></div>



- tourne la tête vers celui qui l'appelle ;
- sur le ventre (quand il est éveillé), commence à soulever sa tête puis les épaules.





## EXAMEN AU COURS DU DEUXIÈME MOIS

À deux 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.

### Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et commencer les vaccinations.

Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

.....

Alimentation :                      allaitement maternel ☐                      au biberon ☐                      mixte ☐

Si vous allaitez et pensez reprendre votre travail, des aménagements sont possibles.

Position de couchage adaptée :                      non ☐                      oui ☐

Échelle colorimétrique des selles remplie (cf. page 11) :                      non ☐                      oui ☐

**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 le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

**Parlez-en avec votre médecin.**



**Si vous êtes fatigué(e), épuisé(e), si vous vous sentez triste, anxieux ou anxieuse, 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, un psychologue ou un spécialiste de la petite enfance.**



### Examen médical

Date :  jour  mois  année    Poids :  kg    Taille :  cm    PC :  cm

	Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Strabisme	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
	Globes oculaires de taille normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Si oui, pris en charge	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
	Pupilles normales	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Poursuite oculaire normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
	Lueurs pupillaires présentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		



Réagit : sursaute, arrête son activité

à la voix                      non ☐    oui ☐

au bruit                      non ☐    oui ☐

### Développement

Sourire réponse	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Suit des yeux	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Bouge vigoureusement les quatre membres de manière symétrique	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Émet une réponse vocale à une sollicitation	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
		Sur le ventre, soulève tête et épaules	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

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

Cachet et signature du médecin :





## À PARTIR DE 3 MOIS, QUE FAIRE ?

Avant trois mois, **consultez rapidement un médecin en cas de fièvre, de diarrhée, de vomissements ou de difficultés à respirer.**

### Si votre enfant a de la fièvre

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

#### Adoptez les bons gestes :

- habillez-le très légèrement (pas de turbulette ou de surpyjama pour dormir) ;
- faites-le 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 petits boutons : **consultez immédiatement votre 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. Cependant, si la fièvre s'accompagne d'inconfort, vous pouvez lui donner un médicament conseillé par votre médecin ou votre pharmacien.

Plusieurs sortes de médicaments peuvent faire baisser la fièvre. Pour les enfants, le paracétamol est à privilégier, 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.

**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.

**Consultez votre médecin si votre enfant a toujours de la fièvre au bout de 48 heures.**

Les fièvres de l'enfant sont très souvent dues à une maladie virale.  
Par conséquent, les antibiotiques sont souvent inutiles, parfois nocifs.

### Si votre enfant a une diarrhée

**La diarrhée, qu'est-ce que c'est ?** Une modification brutale du nombre et de la consistance des selles (plus nombreuses et plus liquides).

#### Que faire ?

Dans tous les cas, donnez-lui à boire une solution de réhydratation orale\* (SRO) tous les quarts d'heure 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 est toujours malade au bout de 48 heures, il faut consulter votre médecin.**

#### Si votre enfant :

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

**consultez immédiatement votre médecin.**

### Si votre enfant vomit

et si :

- il n'a pas un comportement habituel ;
- 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 :

- 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.**

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





**Votre bébé :**

- gazouille, fait des vocalises de plus en plus riches ;
- se retourne du côté sur le dos, puis du ventre sur le dos.







# EXAMEN AU COURS DU QUATRIÈME MOIS

À quatre mois, votre bébé :

- réagit quand on lui tend les bras ;
- tourne la tête quand on l'appelle.

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

## Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et continuer les vaccinations.

Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

.....

.....

Alimentation :                      allaitement maternel ☐                      au biberon ☐                      mixte ☐

Position de couchage adaptée :                      non ☐                      oui ☐

**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 le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement de votre bébé.

**Parlez-en avec votre médecin.**



## Examen médical

Date :  jour  mois  année    Poids :     kg    Taille :    cm    PC :    cm

 Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Strabisme	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Globes oculaires de taille normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Si oui, pris en charge	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Pupilles normales	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Poursuite oculaire normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Lueurs pupillaires présentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

 Réagit : sursaute, arrête son activité

à la voix                      non ☐ oui ☐

au bruit                      non ☐ oui ☐

## Développement

Maintenu assis, tient sa tête droite	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Vocalise	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Joue avec les mains	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Sourire réponse	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Tourne la tête pour suivre un objet	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Rit aux éclats	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Attrape un objet qui lui est tendu	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Bouge vigoureusement les quatre membres de manière symétrique	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Sur le ventre,			
– soulève tête et épaules	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		
– s'appuie sur les avant-bras	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

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

Cachet et signature du médecin :





# REPÈRES D'INTRODUCTION DES ALIMENTS

## CHEZ L'ENFANT DE 0 À 3 ANS<sup>1</sup>

D'après les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS).

Pas de consommation
Consommation possible
Consommation recommandée

	1 <sup>er</sup> mois	2 <sup>e</sup> mois	3 <sup>e</sup> mois	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois		7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois	9 <sup>e</sup> mois	10 <sup>e</sup> mois	11 <sup>e</sup> mois	12 <sup>e</sup> mois	2 <sup>e</sup> année	3 <sup>e</sup> année		
Lait 	Lait maternel exclusif ou							Lait maternel ou									
	« Lait 1 <sup>er</sup> âge » exclusif <sup>2</sup>				« Lait 1 <sup>er</sup> âge » ou « Lait 2 <sup>e</sup> âge » <sup>2</sup>			« Lait 2 <sup>e</sup> âge » 500 ml/j <sup>2</sup>					« Lait 2 <sup>e</sup> âge » ou « de croissance » <sup>2</sup> (ou lait de vache <b>entier</b> )				
Produits laitiers <sup>3</sup> 								Yaourt	Yaourt ou fromage blanc nature → Fromages								
Fruits 					Tous : très mûrs			Très mûrs ou cuits, mixés ; texture homogène, lisse → Crus, écrasés <sup>4</sup>					En morceaux, à croquer <sup>4</sup>				
Légumes 					Tous : purée lisse			→ Petits morceaux <sup>4</sup>					Écrasés, en morceaux <sup>4</sup>				
Pommes de terre 					Purée			Lisse → Petits morceaux <sup>4</sup>									
Légumes secs 													15-18 mois : en purée <sup>4</sup>				
Farines infantiles (céréales) 																	
Pain, produits céréaliers 									Pain, pâtes fines, semoule, riz <sup>4</sup>								
Viandes <sup>5</sup> , poissons, <u>très cuits</u> 								Tous, mixés et très cuits <sup>4</sup> : 10 g/j = 2 cuillères à café		Hachés et très cuits : 20 g/j = 4 cuillères à café			30 g/j = 6 cuillères à café très cuits				
Œufs 								1/4 (dur)		1/3 (dur)			1/2				
Matières grasses ajoutées 								Huile (olive, colza, etc.) ou beurre (1 cuillère à café d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)									
Boissons 	Eau pure : proposer à volonté							Eau pure									
Sel 													Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table				
Produits sucrés <sup>6</sup> 								À limiter									

1. S'il existe dans votre famille un risque d'allergie, parlez-en à votre médecin avant toute diversification.

2. Appellations réglementaires : préparation pour nourrissons, préparation de suite et aliment lacté destiné aux enfants en bas âge.

3. Les fromages et produits laitiers au lait cru sont déconseillés.

4. À adapter en fonction de la capacité de mastication, de déglutition et de la tolérance digestive de l'enfant.

5. Limitez les charcuteries, sauf le jambon blanc.

6. Biscuits, bonbons, crèmes desserts, desserts lactés, chocolats, boissons sucrées, confitures.





Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	Examen clinique et développement psychomoteur	Observations et prescriptions	Cachet et signature

**Votre bébé :**

- rit aux éclats ;
- attrape les objets.



**Votre bébé :**

- rit aux éclats ;
- attrape les objets.

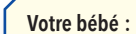




Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	Examen clinique et développement psychomoteur	Observations et prescriptions	Cachet et signature

Votre bébé :

- prononce plusieurs syllabes différentes ;
- commence peu à peu à se tenir assis.



- prononce plusieurs syllabes différentes ;
- commence peu à peu à se tenir assis.



**À neuf 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.

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

## Préparer la consultation

Le médecin va examiner votre enfant et contrôler les vaccinations.

Vous pouvez noter quelques informations et préparer vos questions.

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ? .....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ?

Y a-t-il des animaux dans la maison ? .....



## Examen médical

Date :  Poids :  kg Taille :  cm PC :  cm

Risque de saturnisme non ☐ oui ☐

 Cornées transparentes      non ☐    oui ☐    |    Strabisme      non ☐    oui ☐

Pupilles normales non ☐ oui ☐ ; Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐

Lueurs pupillaires présentes      non ☐    oui ☐    ;    Poursuite oculaire normale      non ☐    oui ☐



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

Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ? ☐ non ☒ oui

Tympan normaux

à gauche non ☐ oui ☐

à droite non ☐ oui ☐

Si oui, test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

avis spécialisé demandé ☐

## Développement

Tient assis sans appui      non ☐    oui ☐    ! Imité un geste simple

Motricité symétrique des quatre membres non ☐ oui ☐ Réagit à son prénom non ☐ oui ☐

Se déplace non ☐ oui ☐ | Répète une syllabe non ☐ oui ☐

Saisit un objet avec

la participation du pouce non ☐ oui ☐

Un médecin doit, **au cours du 9<sup>e</sup> mois**, effectuer un examen approfondi de l'enfant et établir le deuxième certificat de santé obligatoire à cet âge.

Quelle est l'alimentation de votre bébé ? .....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ? .....

- Si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup ;
- si votre enfant a des problèmes de sommeil ;
- si vous avez des questions sur l'alimentation, le rythme de vie ou le développement de votre bébé.

**Parlez-en avec votre médecin.**

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

Cachet et signature du médecin :





### SURVEILLER, INTERDIRE, EXPLIQUER

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

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

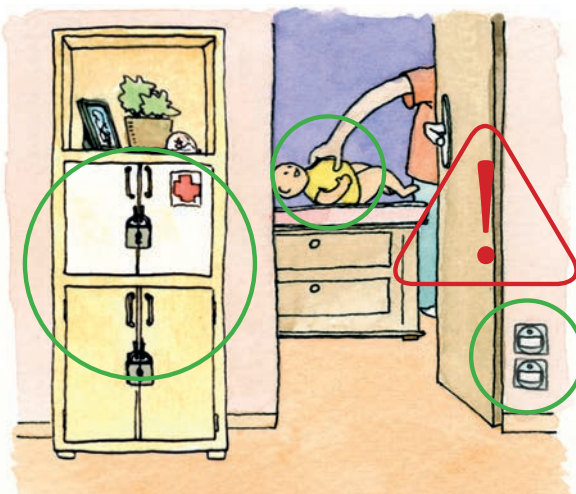
**Prises et appareils électriques :** protégez toutes vos installations électriques.

**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.

**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. Donnez-lui de l'eau régulièrement.

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



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

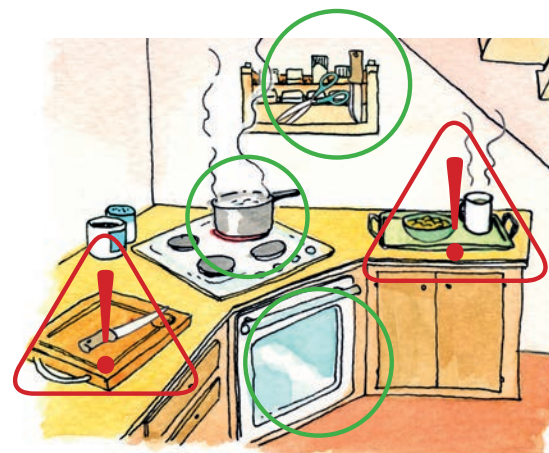
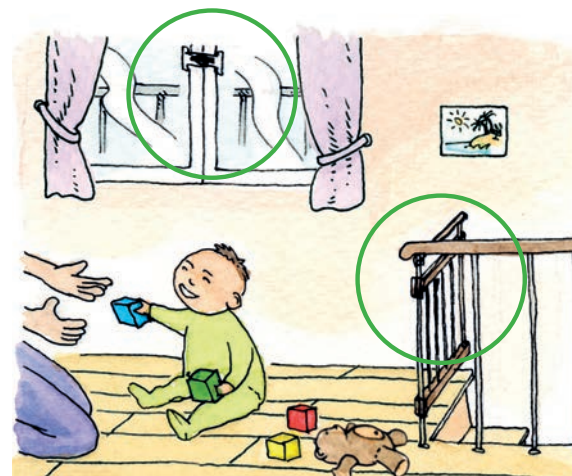
**Appelez le 15 (SAMU)**

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).



**Escaliers :** apprenez à votre enfant à descendre et à monter les escaliers. En attendant qu'il en soit capable, 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 sur lesquels il risquerait de grimper.

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

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

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

**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 des sacs plastiques. Rangez-les hors de sa portée.

**Petits aliments et objets :** cacahuètes, noisettes, bonbons, billes, piles « bouton » doivent être mis hors de portée des enfants.

**Gestes qui sauvent :** de nombreuses formations existent, renseignez-vous près de chez vous.

#### Inhalation d'un corps étranger

Brutalement l'enfant a du mal à respirer, est pris d'une violente quinte de toux.

**Enfants de moins de 2 ans :** allongez-le à plat ventre sur votre avant-bras, soutenez sa tête et sa nuque avec votre main (bouche ouverte). Avec le plat de l'autre main, donnez cinq « claques » entre ses omoplates.

**Enfants de plus de 2 ans :** maintenez-le en position assise ou debout. Si possible, pratiquez la manœuvre de Heimlich.

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





**EXAMENS ENTRE 9 ET 16 MOIS**

Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	IMC *	Examen clinique et développement psychomoteur	Observations et prescriptions	Cachet et signature

Votre enfant :

- dit son premier mot ;
- aime qu'on lui lise des histoires ;
- commence à marcher (entre 9 et 20 mois selon les enfants).







## EXAMENS ENTRE 17 ET 24 MOIS

**Votre enfant :**

- connaît plusieurs mots puis commence à faire des petites phrases ;
- court et tape dans un ballon.







## EXAMEN AU COURS DU VINGT-QUATRIÈME MOIS

À 24 mois, votre enfant :

- utilise son index pour désigner quelqu'un ou quelque chose ;
- joue à faire semblant ;
- vous imite dans la vie quotidienne ;
- vous sollicite pour jouer.

### Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ? .....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ? .....

Y a-t-il des animaux dans la maison ? .....

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

Quelle est l'alimentation de votre enfant ? .....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ? .....

- Si vous trouvez que votre enfant pleure beaucoup ;
- si vous avez des questions sur l'alimentation, le rythme de vie ou le développement de votre enfant.

**Parlez-en avec votre médecin.**


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




### Examen médical

Date :  jour  mois  année Poids :  kg Taille :  cm PC :  cm

Risque de saturnisme non ☐ oui ☐ IMC :

 Cornées transparentes	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Strabisme	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Pupilles normales	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Si oui, pris en charge	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Poursuite oculaire normale	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

 Tympan normaux		Un test d'audiologie quantitative	
à gauche	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	a-t-il été pratiqué ?	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
à droite	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Si oui, test utilisé : .....	
Test à voix normale	non fait <input type="checkbox"/> fait <input type="checkbox"/>	Résultat :	normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/>
Résultat :	normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/>	avis spécialisé demandé <input type="checkbox"/>	
	avis spécialisé demandé <input type="checkbox"/>		

### Développement

Marche acquise	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Nomme au moins une image	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
À quel âge ..... mois		Sollicite un adulte/ une autre personne	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Associe deux mots	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Superpose des objets	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Comprend une consigne simple	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	Joue à faire semblant	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
Pointe du doigt	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>		

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

Cachet et signature du médecin :





- 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.





## LES PREMIÈRES DENTS

La première dent apparaît généralement au cours de la première année.  
Aux environs de 30 mois, votre enfant aura ses 20 dents de lait.

### Hygiène dentaire

Les bonnes habitudes se prennent tôt :

- nettoyez ses premières dents tous les soirs ;
- dès l'âge de 2 ans, nettoyez-les matin et soir.

Progressivement, avec votre aide, votre enfant va apprendre à se brosser les dents seul. Continuez à surveiller le brossage et à l'aider tant qu'il ne sait pas se brosser les dents de manière efficace et régulière.

L'enfant doit avoir sa propre brosse à dents. Elle doit être souple et d'une taille adaptée à son âge.

Les boissons et les produits sucrés sont à l'origine des caries. Habituez votre enfant à ne boire que de l'eau, pendant et en dehors des repas.



### Les examens bucco-dentaires\*

La première consultation chez un dentiste est conseillée dès 3 ans.

Ensuite, il est recommandé de consulter deux fois par an.

À 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans, votre enfant peut bénéficier d'un examen bucco-dentaire de prévention gratuit.

Votre dentiste remplira les pages 88 à 92 du carnet de santé.

### Les traumatismes dentaires

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

\* Pour plus d'information voir le site [www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents](http://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents).

## ALIMENTATION ET ACTIVITÉS PHYSIQUES

### REPÈRES POUR LES ENFANTS À PARTIR DE 3 ANS ET LES ADOLESCENTS

D'après les recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS).

<b>Fruits et/ou légumes</b> 	Frais, en conserve ou surgelés, au moins 5 par jour
<b>Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs</b> 	À chaque repas et selon l'appétit
<b>Lait et produits laitiers</b> 	3 ou 4 par jour en fonction de la taille de la portion et de leur richesse en calcium
<b>Viandes, poissons et produits de la pêche, œufs</b> 	Bien cuits, 1 ou 2 fois par jour
<b>Matières grasses ajoutées</b> 	<b>Limiter la consommation</b> Privilégier les matières grasses d'origine végétale
<b>Produits sucrés</b> 	<b>Limiter la consommation</b>
<b>Boissons</b> 	De l'eau à volonté Limiter les boissons sucrées
<b>Sel</b> 	<b>Limiter la consommation</b>
<b>Activités physiques</b> 	Au moins l'équivalent d'une heure de marche rapide chaque jour  <b>Limiter le temps passé</b> devant la télévision, les jeux vidéo, l'ordinateur, etc. (voir p. 14)





# EXAMEN AU COURS DE LA TROISIÈME ANNÉE

## Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ? .....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ? .....

Y a-t-il des animaux dans la maison ? .....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ? .....

- Si personne, sauf vous, ne comprend ce que votre enfant dit.
- Si votre enfant fait des efforts pour parler, hésite beaucoup ou « bute » sur les mots.
- Si votre enfant respire par la bouche au lieu de respirer par le nez.
- Si vous trouvez que votre enfant tombe souvent.
- Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie ou le développement de votre enfant.

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

**Parlez-en avec votre médecin.**



## Examen médical

Date : jour mois année Poids : kg Taille : cm PC : cm

Risque de saturnisme non ☐ oui ☐

IMC :

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐  
(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

Strabisme non ☐ oui ☐  
Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐

Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Tolère l'occlusion oculaire alternée non ☐ oui ☐

Test de vision stéréoscopique fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

### Mesure de l'acuité visuelle

#### Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

#### Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....



Tympan normaux  
à gauche non ☐ oui ☐  
à droite non ☐ oui ☐

Test à voix chuchotée non fait ☐ fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

### Un test d'audiologie quantitative

a-t-il été pratiqué ? non ☐ oui ☐

Si oui, test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

### Développement

Peut nommer trois couleurs non ☐ oui ☐

Dit son nom non ☐ oui ☐

Fait des phrases de trois mots non ☐ oui ☐

Emploie des articles non ☐ oui ☐

Utilise le « je » non ☐ oui ☐

Comprend une consigne simple non ☐ oui ☐

Copie un cercle fermé non ☐ oui ☐

Fait un pont de trois cubes non ☐ oui ☐

Monte les escaliers

en alternant les pieds non ☐ oui ☐

Mange seul non ☐ oui ☐

S'habille avec aide non ☐ oui ☐

Propreté diurne acquise : non ☐ oui ☐

Comportement lors de l'examen :  
adapté ☐ inhibé ☐ agité ☐

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

Respiration nasale ☐ buccale ☐

Ronflements non ☐ oui ☐

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

Conseils d'hygiène donnés non ☐ oui ☐

Cachet et signature du médecin :





## EXAMENS ENTRE 3 ET 4 ANS

**Votre enfant :**

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





# EXAMEN AU COURS DE LA QUATRIÈME ANNÉE

## Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ? .....

Va-t-il à l'école ? .....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ? .....

Y a-t-il des animaux dans la maison ? .....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ? .....

- 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 téléviseur 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

Date :  jour  mois  année Poids :  kg Taille :  cm IMC :

Risque de saturnisme non ☐ oui ☐ Pression artérielle : .....

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐  
(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

Strabisme non ☐ oui ☐

Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐

Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Tolère l'occlusion oculaire alternée non ☐ oui ☐

Test de vision stéréoscopique fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

### Mesure de l'acuité visuelle

#### Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

#### Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Tympan normaux  
à gauche non ☐ oui ☐  
à droite non ☐ oui ☐

Test à voix chuchotée non fait ☐ fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

Un test d'audiologie quantitative  
a-t-il été pratiqué ? non ☐ oui ☐

Si oui, test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

### Développement

Enlève un vêtement non ☐ oui ☐

Joue en groupe non ☐ oui ☐

Saute en avant non ☐ oui ☐

Tient sur un pied trois secondes non ☐ oui ☐

Propreté diurne acquise non ☐ oui ☐

Connaît son sexe non ☐ oui ☐

Connaît trois couleurs non ☐ oui ☐

Fait des phrases bien construites non ☐ oui ☐

Utilise les articles, les prépositions non ☐ oui ☐

Dessine le bonhomme en 3 parties non ☐ oui ☐

Test de langage pratiqué non ☐ oui ☐

Si oui, lequel ? : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
bilan demandé ☐

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

Respiration nasale ☐ buccale ☐

Ronflements non ☐ oui ☐

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

Conseils d'hygiène donnés non ☐ oui ☐

Cachet et signature du médecin :





## EXAMENS ENTRE 5 ET 6 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.

**Entre 4 et 10 ans, votre enfant va grandir en moyenne de cinq centimètres par an.**







# EXAMEN AU COURS DE LA SIXIÈME ANNÉE

Votre enfant va bientôt entrer au cours préparatoire.

Un bilan de son développement est nécessaire. **Cet examen est obligatoire.**

## Préparer la consultation

Est-ce que votre enfant va régulièrement à l'école ? .....

Si oui, comment se passe l'école ? .....

Comment cela se passe-t-il avec ses camarades ? .....

Qui s'occupe de votre enfant en dehors de l'école ? .....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ? .....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ? .....



## Examen médical

Date : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm IMC : \_\_\_\_\_

Risque de saturnisme non ☐ oui ☐ Pression artérielle : .....

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐  
(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

### Mesure de l'acuité visuelle

Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Strabisme non ☐ oui ☐

Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐

Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Tolère l'occlusion oculaire alternée non ☐ oui ☐

Test de vision stéréoscopique fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

avis spécialisé demandé ☐

Test de vision des couleurs fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

avis spécialisé demandé ☐



Tympan normaux

à gauche non ☐ oui ☐

à droite non ☐ oui ☐

Examen auditif

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

avis spécialisé demandé ☐

Fréquence 500 1 000 2 000 4 000 8 000 Hz

oreille droite ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

oreille gauche ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

avis spécialisé demandé ☐

### Développement

Marche talon-pointe en avant non ☐ oui ☐

Doigt nez plusieurs fois non ☐ oui ☐

Coordination motrice pied G main D non ☐ oui ☐

Compte treize cubes ou jetons non ☐ oui ☐

Décrit une image non ☐ oui ☐

Distingue matin, après-midi, soir non ☐ oui ☐

Copie un triangle non ☐ oui ☐

Copie un carré non ☐ oui ☐

Montre le dessus, le dessous non ☐ oui ☐

Motricité fine : boutonner sur lui non ☐ oui ☐

Propreté nocturne non ☐ oui ☐

### Test de langage

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

bilan orthophonique demandé ☐

Comportement global

Autonomie non ☐ oui ☐

Spontanéité non ☐ oui ☐

Capacité d'attention non ☐ oui ☐

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.

- Si votre enfant n'arrive pas à répéter une phrase sans se tromper.
- Si vous trouvez que votre enfant est souvent malade.
- Si l'école vous a signalé des problèmes.
- 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.**

Quel que soit son âge, **limitez le temps d'exposition de votre enfant aux écrans, évitez de mettre un téléviseur dans sa chambre et n'utilisez pas de casque audio ou d'écouteurs pour le calmer ou l'endormir.**

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

Ronflements non ☐ oui ☐

Nombre de dents\* : cariées soignées ☐ cariées non soignées ☐ absentes ☐ traumatisées ☐

Conseils d'hygiène donnés non ☐ oui ☐

Cachet et signature du médecin :

\* Un examen bucco-dentaire doit être pratiqué à 6 ans par un dentiste (page 88).





**Votre enfant :**

- grandit, développe son autonomie avec votre aide ;
- apprend, avec vous, à se déplacer dans la rue, à traverser. Montrez-lui comment faire ;
- peut faire du vélo sans les petites roues : c'est encore plus important pour votre enfant de toujours porter un casque.





# EXAMEN ENTRE 8 ET 9 ANS

## Préparer la consultation

Classe : .....

Est-ce que votre enfant va régulièrement à l'école ? .....

Qui s'occupe de votre enfant en dehors des périodes scolaires ? .....

Y a-t-il eu un changement récent dans la vie de votre enfant ou un changement est-il prévu ? .....

À quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ? .....

- Si votre enfant n'arrive pas à répéter une phrase sans se tromper.
- Si vous trouvez que votre enfant est souvent malade.
- Si l'école vous a signalé des problèmes.
- Si vous avez des questions sur le sommeil, l'alimentation, le rythme de vie, le développement ou le comportement de votre enfant.

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

Parlez-en avec votre médecin.

À l'école, qu'est-ce que tu aimes ? Qu'est-ce que tu n'aimes pas ? Qu'est-ce que tu aimes faire quand tu

n'es pas à l'école ? (Tu peux écrire ici si tu veux.)



## Examen médical

Date :  jour  mois  année Âge : .....

Poids :  kg Taille :  m IMC :

Risque de saturnisme non ☐ oui ☐

Pression artérielle : .....

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐  
(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

### Mesure de l'acuité visuelle

Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Strabisme non ☐ oui ☐

Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐

Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Tolère l'occlusion oculaire alternée non ☐ oui ☐

Test de vision stéréoscopique fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

avis spécialisé demandé ☐

Test de vision des couleurs fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

avis spécialisé demandé ☐



Tympanaux normaux

à gauche non ☐ oui ☐

à droite non ☐ oui ☐

Examen auditif

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

avis spécialisé demandé ☐

Fréquence 500 1 000 2 000 4 000 8 000 Hz

oreille droite ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

oreille gauche ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

avis spécialisé demandé ☐

### Développement

Débit de parole normal non ☐ oui ☐

Lit un texte court et en restitue le sens non ☐ oui ☐

Connaît les jours de la semaine non ☐ oui ☐

Trouble du langage écrit suspecté non ☐ oui ☐

Test de langage pratiqué non ☐ oui ☐

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐

bilan orthophonique demandé ☐

Orientation spatiale :

– sur autrui non ☐ oui ☐

– sur un objet non ☐ oui ☐

S'habille entièrement seul non ☐ oui ☐

Troubles de l'équilibre non ☐ oui ☐

Latéralité (D droite, G gauche, NF non fixée)

Main ☐ Œil ☐ Pied ☐

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

Nombre de dents\* : cariées soignées ☐ cariées non soignées ☐ absentes ☐ traumatisées ☐

Brossage des dents suffisant non ☐ oui ☐

Examen de la peau : nævi (nombre) ☐ autres : .....

Statique vertébrale : scoliose non ☐ oui ☐ autres anomalies de la statique vertébrale ☐

Préciser : .....

Présence de signes pubertaires : non ☐ oui ☐ Si oui, âge à l'apparition :  ans  mois

Cachet et signature du médecin :

\* Un examen bucco-dentaire est pratiqué à 9 ans par un dentiste (page 89).





## EXAMENS ENTRE 8 ET 10 ANS

Dans 95 % des cas, la puberté débute entre 8 et 13 ans chez la fille, 9 et 15 ans chez le garçon\*.





## EXAMEN ENTRE 11 ET 13 ANS

### Adolescence, le chemin de l'autonomie

Avec la puberté, vont débiter 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.

Depuis sa naissance, vous vous êtes activement occupé(e) de la santé de votre enfant. À partir de maintenant, toujours avec votre aide, votre enfant va réclamer davantage d'autonomie : il participera aux choix qui le concernent, il développera ses compétences et apprendra à s'occuper lui-même de sa santé.

Les jeunes adolescents traversent une période à la fois 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.



### Préparer la consultation

#### Pourquoi un examen à cet âge ?

Cet examen va permettre à votre enfant de faire le point sur son développement et l'inciter à s'occuper de sa santé. Au cours de cet examen, tous les aspects de sa santé et de sa vie pourront être abordés. Les questions suivantes visent à favoriser le dialogue entre vous, votre enfant et le médecin :

- si l'alimentation, le sommeil, le travail scolaire ou les loisirs de votre enfant sont un souci pour vous, ou un sujet de désaccord entre vous et votre enfant ;
- si votre enfant se plaint souvent, est souvent fatigué(e) ou malade ;
- si votre enfant manque souvent la classe ou est régulièrement en retard.

**Parlez-en avec votre médecin.**

**Faire lire la page 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.

L'adolescence n'est pas toujours une période 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, **ne reste pas seul(e)**.

Autour de toi, il y a sûrement quelqu'un à qui tu peux te confier : tes parents, un(e) ami(e), ton médecin, l'infirmière scolaire, un(e) psychologue...

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



### Préparer la consultation

#### Pourquoi un examen à cet âge ?

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.

**Parles-en à ton médecin.  
Si tu le souhaites, tu peux demander à le voir seul.**

\* Tu peux en trouver auprès de l'infirmière scolaire, de ton médecin ou en chercher sur le site [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr).





# EXAMEN ENTRE 11 ET 13 ANS

## Préparer la consultation

Y a-t-il eu des modifications familiales ou des conditions de vie depuis le dernier examen ?

Classe : .....



Quelles activités (sport, musique, autres) aimes-tu pratiquer pendant tes loisirs ?

Si tu le veux bien, une partie de la consultation pourra se faire hors de la présence de tes parents, avec leur accord.



## Examen médical

Date : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année Âge : .....

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ m IMC : \_\_\_\_\_ Pression artérielle : .....

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐  
(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

### Mesure de l'acuité visuelle

Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Strabisme non ☐ oui ☐

Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐

Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Tolère l'occlusion oculaire alternée non ☐ oui ☐

Test de vision stéréoscopique fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

Test de vision des couleurs fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

Tympanaux normaux  
à gauche non ☐ oui ☐  
à droite non ☐ oui ☐

### Examen auditif

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

Fréquence 500 1 000 2 000 4 000 8 000 Hz

oreille droite ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

oreille gauche ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

### Développement

Orientation spatiale :

— sur autrui non ☐ oui ☐

— sur un objet non ☐ oui ☐

Troubles de l'équilibre non ☐ oui ☐

Test à l'effort fait ☐ non fait ☐

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

Troubles du sommeil non ☐ oui ☐

Plaintes somatiques fréquentes non ☐ oui ☐

Évoque son passé non ☐ oui ☐

Établit des projets non ☐ oui ☐

Trouble du langage connu  
ou suspecté non ☐ oui ☐

Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐  
bilan demandé ☐

Latéralité (D droite, G gauche, NF non fixée)

Main \_\_\_\_\_ Œil \_\_\_\_\_ Pied \_\_\_\_\_

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

Nombre de dents\* : cariées soignées \_\_\_\_\_ cariées non soignées \_\_\_\_\_ absentes \_\_\_\_\_ traumatisées \_\_\_\_\_

Brossage des dents suffisant non ☐ oui ☐

Conseils d'hygiène donnés non ☐ oui ☐

### Examen de la peau :

Acné : ..... nævi (nombre) \_\_\_\_\_ autres : .....

Conseils d'hygiène donnés non ☐ oui ☐

Statique vertébrale : scoliose non ☐ oui ☐

Autres anomalies de la statique vertébrale : .....

Noter ici le stade de maturation pubertaire (stades de Tanner) :

Fille (S1 à S5) \_\_\_\_\_ (P1 à P5) \_\_\_\_\_ Garçon (G1 à G5) \_\_\_\_\_ (P1 à P5) \_\_\_\_\_

Règles : non ☐ oui ☐

Si oui, date des premières règles : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année

Cachet et signature du médecin :





## EXAMENS ENTRE 11 ET 14 ANS

**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 ENTRE 15 ET 16 ANS

### Préparer la consultation

Pourquoi un examen médical à cet âge ? La puberté se poursuit, la période de scolarité obligatoire s'achève, l'adolescent(e) devra prendre des décisions pour son orientation.

L'examen médical est l'occasion de faire le point sur son développement et de l'inciter à développer sa santé. Au cours de cet examen, tous les aspects de sa santé et de sa vie pourront être abordés. Les questions suivantes visent à favoriser le dialogue entre vous, parents et enfants, et le médecin.

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



#### Vos observations, vos questions :

- si l'établissement scolaire vous signale des problèmes, si votre enfant manque souvent la classe, est souvent en retard ;
- s'il ou elle se plaint souvent, est souvent malade ;
- si l'alimentation est un sujet de désaccord entre vous et votre enfant ou s'il y a d'autres sujets de désaccord familiaux (travail scolaire, sommeil, loisirs, etc.).

**Parlez-en avec votre médecin.**



#### Cet examen est l'occasion de parler de toi et de répondre aux questions que tu te poses sur ta santé :

- si tu te sens souvent triste et fatigué(e), si tu as des idées noires ;
- si tu as des questions sur ton aspect physique, ta croissance, ton hygiène de vie.

**Parles-en avec ton médecin\*.**

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

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

\*\* Tu peux en trouver auprès de l'infirmière scolaire, de ton médecin ou en cherchant sur le site [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr).

### 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.), mais entre une expérience et le risque de dépendance, il faut réfléchir. Tu risques aussi de ne plus te maîtriser et 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 enivrantes.

Si toi et ton ami(e) décidez d'avoir des rapports sexuels, le préservatif masculin 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.

Le médecin, le centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), le centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic (Cegidd) et l'infirmière scolaire peuvent te conseiller. Le CPEF délivre aux mineur(e)s, gratuitement et de manière anonyme, les moyens contraceptifs réguliers ou d'urgence. Ils sont pris en charge par l'assurance maladie et sont accessibles sur prescription chez le pharmacien.

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 trois jours). Tu peux l'obtenir gratuitement et anonymement auprès du pharmacien, du CPEF, du Cegidd ou de l'infirmière scolaire. Passé le délai de trois jours, il faut prendre rapidement un avis auprès de ces mêmes professionnels qui pourront te proposer une éventuelle interruption volontaire de grossesse (IVG).

Si tu t'interroges sur une éventuelle IVG, consulte sans attendre. Cette consultation peut être gratuite et l'accord parental n'est pas obligatoire.

Tu peux obtenir des informations pratiques en appelant le numéro gratuit et anonyme « sexualités, contraception, IVG » au 0 800 08 11 11 ;

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





# EXAMENS ENTRE 15 ET 16 ANS

## Préparer la consultation

Y a-t-il eu des modifications familiales ou des conditions de vie depuis le dernier examen ?

Classe : .....



Quelles activités (sport, musique, autres) aimes-tu pratiquer pendant tes loisirs ?

**Si tu le veux bien, et que tes parents sont d'accord, une partie de la consultation pourra se faire hors de leur présence.**



## Examen médical

Date : jour mois année Âge : .....

Poids : kg Taille : m IMC : Pression artérielle : .....

L'enfant a-t-il une correction ? non ☐ oui ☐  
(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

### Mesure de l'acuité visuelle

Vision de près

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Vision de loin

Test utilisé : .....

Résultat : œil gauche ..... œil droit .....

Strabisme non ☐ oui ☐  
Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐

Poursuite oculaire normale non ☐ oui ☐

Tolère l'occlusion oculaire alternée non ☐ oui ☐

Test de vision stéréoscopique fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

Test de vision des couleurs fait ☐ non fait ☐

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

Tympanaux normaux  
à gauche non ☐ oui ☐  
à droite non ☐ oui ☐

Examen auditif

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

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

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

### Développement

Orientation spatiale :  
— sur autrui non ☐ oui ☐  
— sur un objet non ☐ oui ☐

Troubles de l'équilibre non ☐ oui ☐

Test à l'effort : fait ☐ non fait ☐

Test utilisé : .....

Résultat : normal ☐ à refaire ☐  
avis spécialisé demandé ☐

Troubles du sommeil non ☐ oui ☐

Plaintes somatiques fréquentes non ☐ oui ☐

Évoque son passé non ☐ oui ☐

Établit des projets non ☐ oui ☐

Trouble du langage connu  
ou suspecté non ☐ oui ☐

Si oui, pris en charge non ☐ oui ☐  
bilan demandé ☐

Latéralité (D droite, G gauche, NF non fixée)

Main ☐ Œil ☐ Pied ☐

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

Nombre de dents\* : cariées soignées ☐ cariées non soignées ☐ absentes ☐ traumatisées ☐

Brossage des dents suffisant non ☐ oui ☐

Conseils d'hygiène donnés non ☐ oui ☐

Examen de la peau :

Acné : ..... nævi (nombre) ☐ autres : .....

Conseils d'hygiène donnés non ☐ oui ☐

Statique vertébrale : scoliose non ☐ oui ☐

Autres anomalies de la statique vertébrale : .....

Noter ici le stade de maturation pubertaire (stades de Tanner) :

Fille (S1 à S5) ☐ (P1 à P5) ☐ Garçon (G1 à G5) ☐ (P1 à P5) ☐

Règles : non ☐ oui ☐

Si oui, date des premières règles : jour mois année

Cachet et signature du médecin :





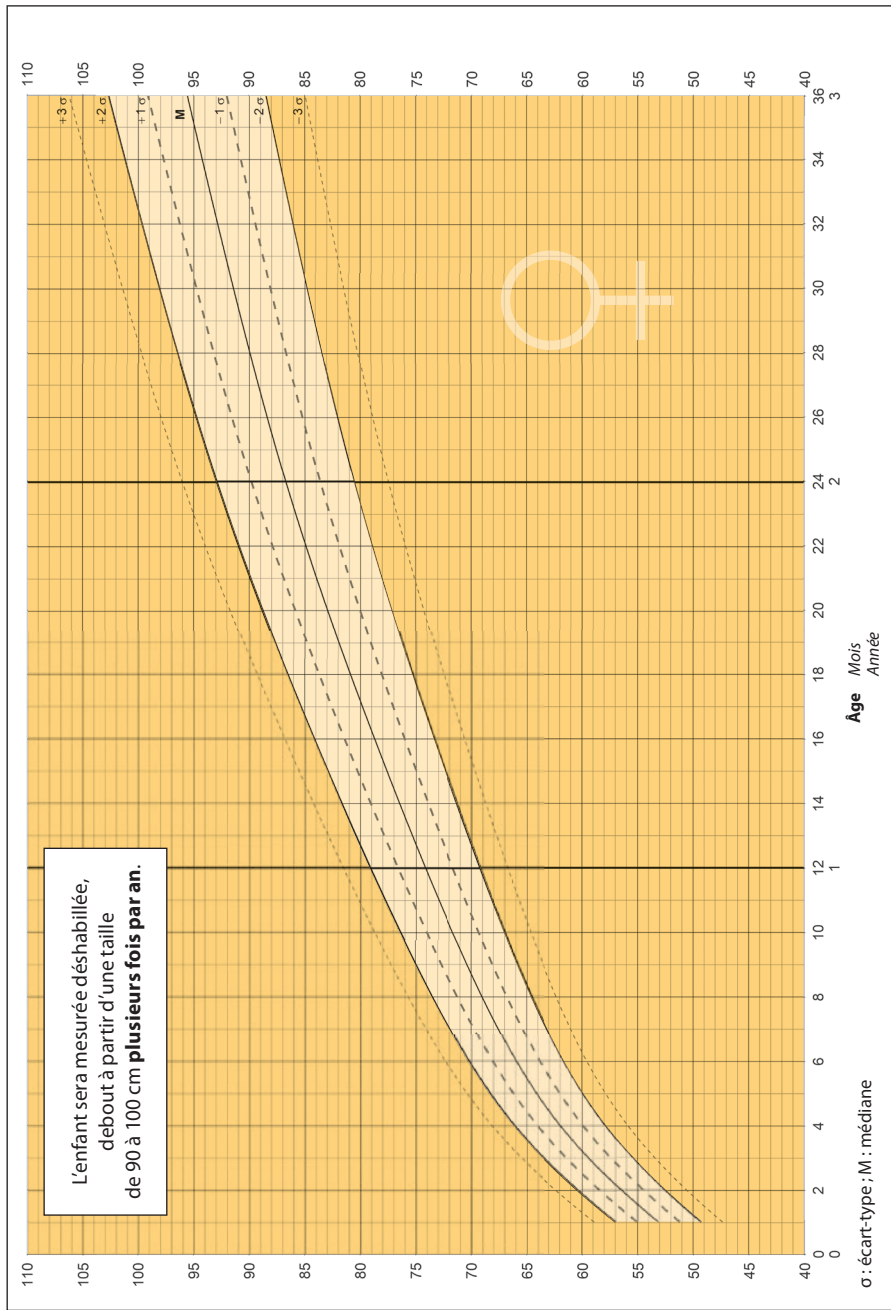
## EXAMENS ENTRE 15 ET 18 ANS

**Même mineur(e),  
tu peux consulter un  
médecin de ta propre  
initiative, en ville où à  
l'hôpital.  
Tu as droit au secret  
médical.**



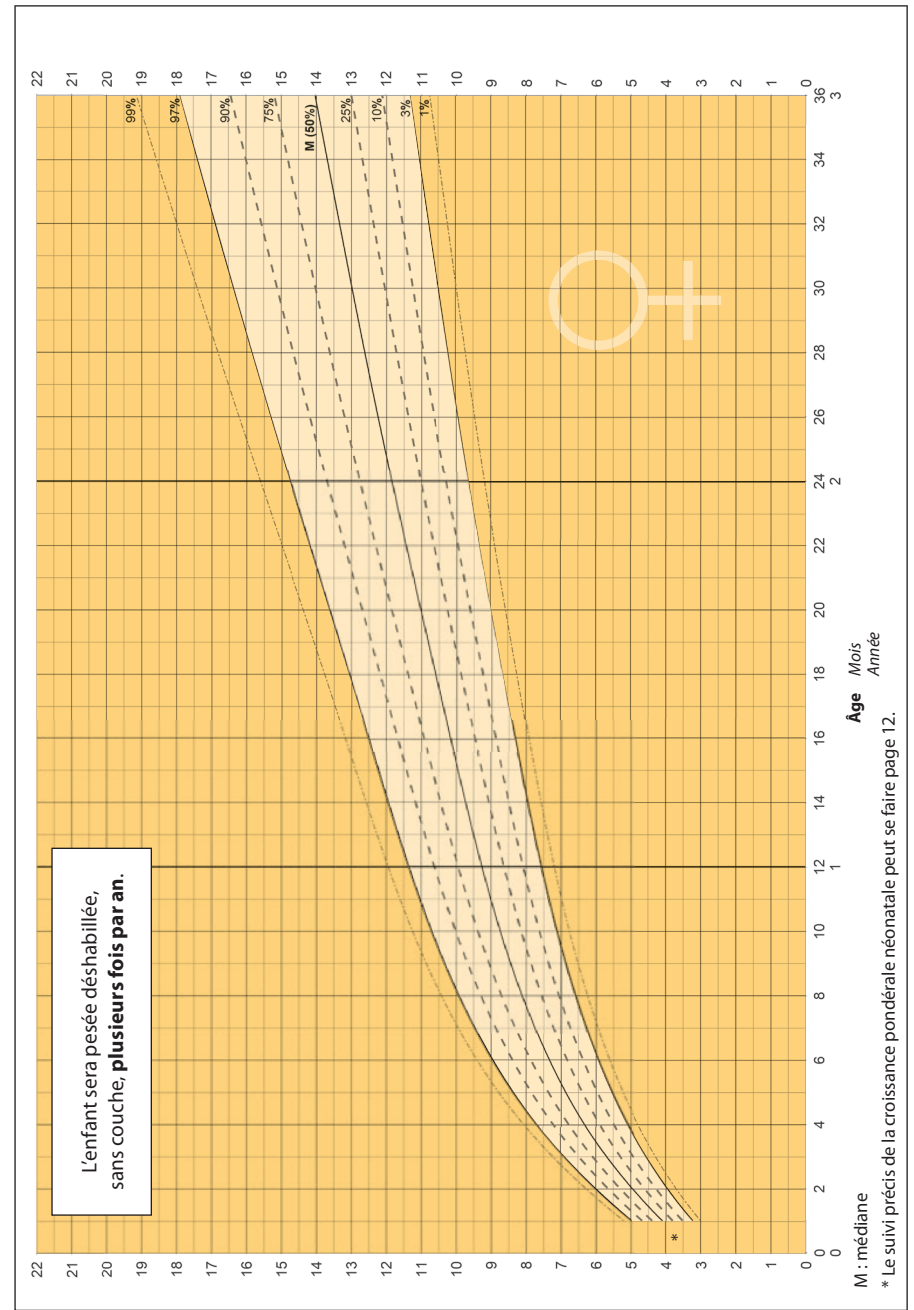
## TAILLE DES FILLES

DE 1 MOIS À 3 ANS (CM)



## POIDS DES FILLES

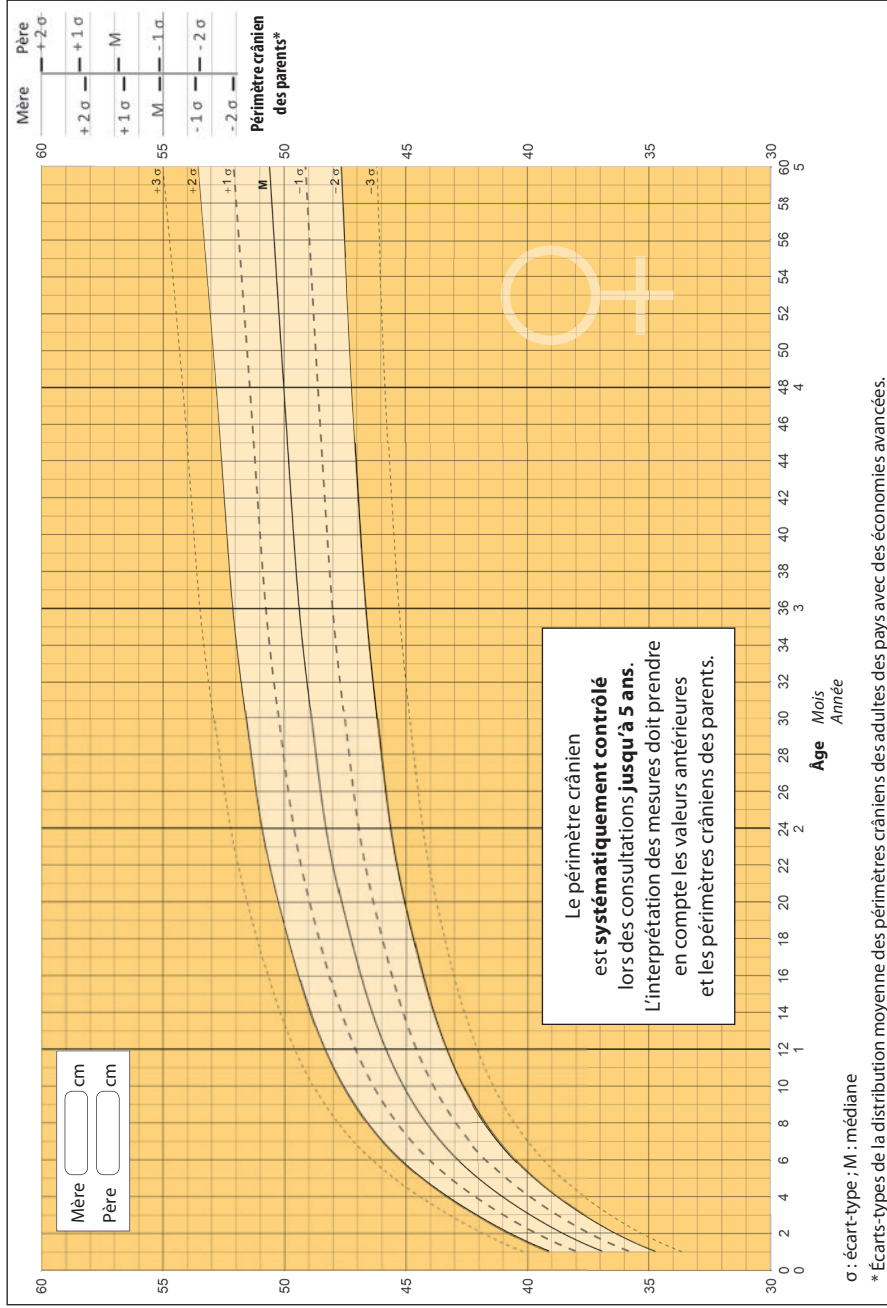
DE 1 MOIS À 3 ANS (KG)





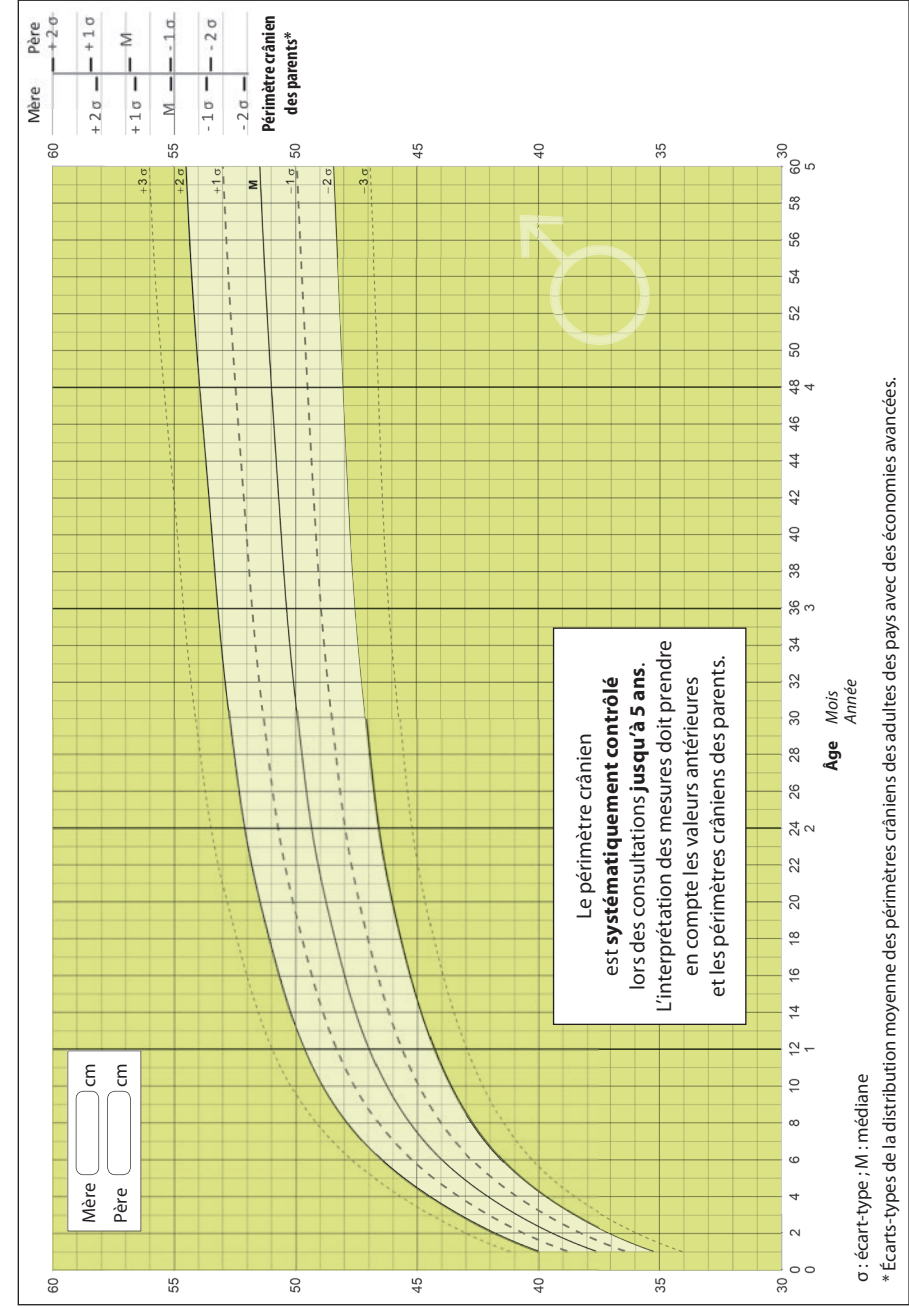
# PÉRIMÈTRE CRÂNIEN DES FILLES

DE 1 MOIS À 5 ANS (CM)



# PÉRIMÈTRE CRÂNIEN DES GARÇONS

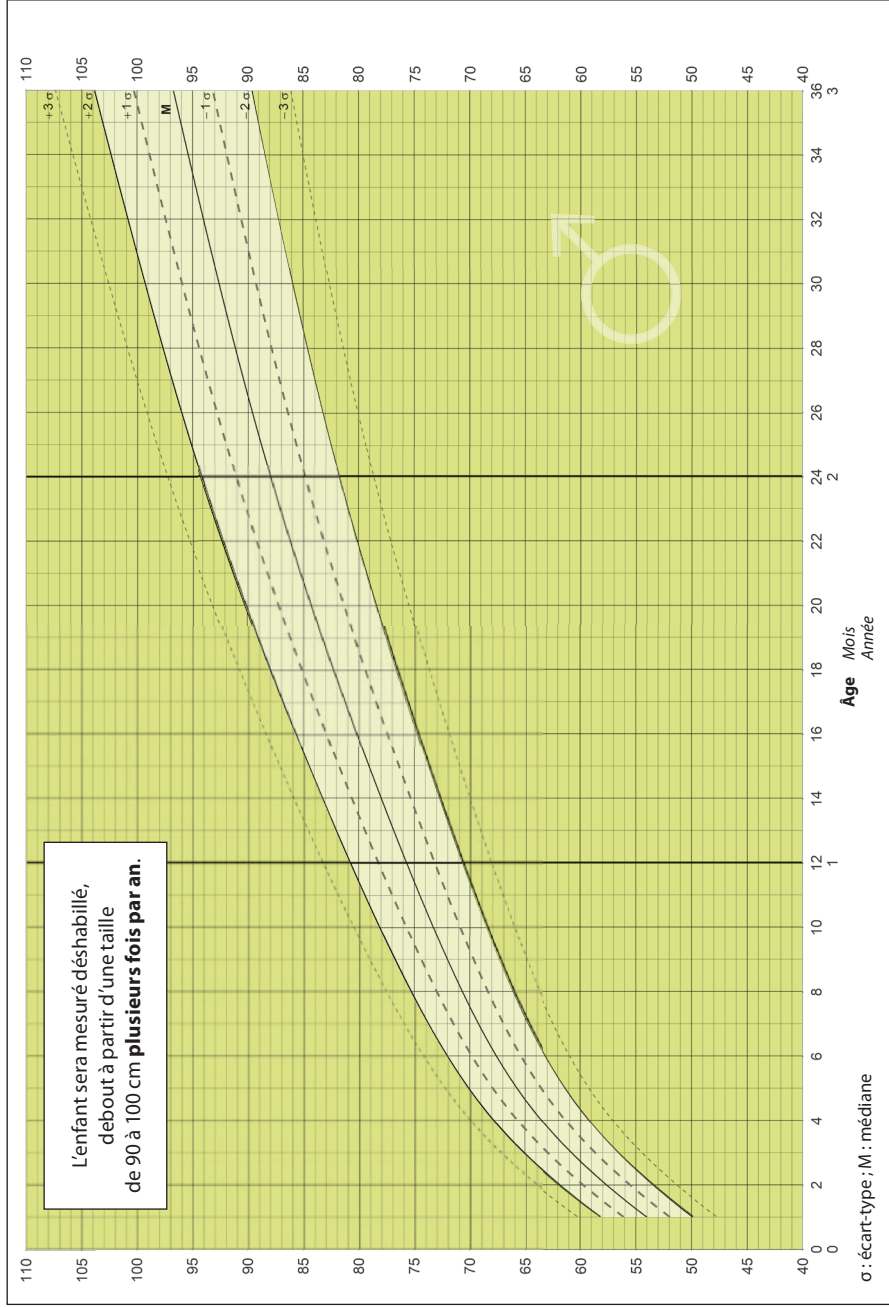
DE 1 MOIS À 5 ANS (CM)





## TAILLE DES GARÇONS

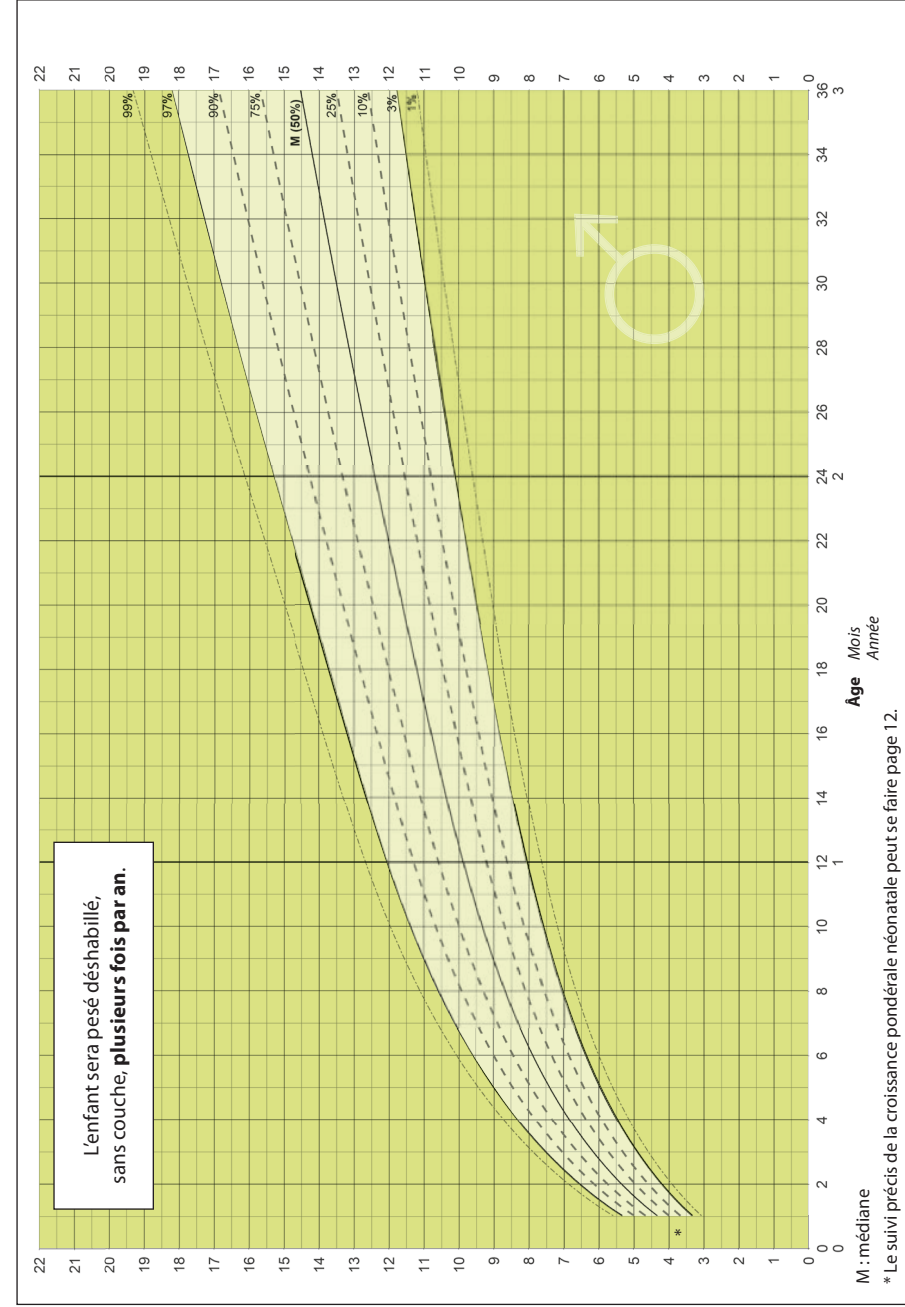
DE 1 MOIS À 3 ANS (CM)



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].

## POIDS DES GARÇONS

DE 1 MOIS À 3 ANS (KG)

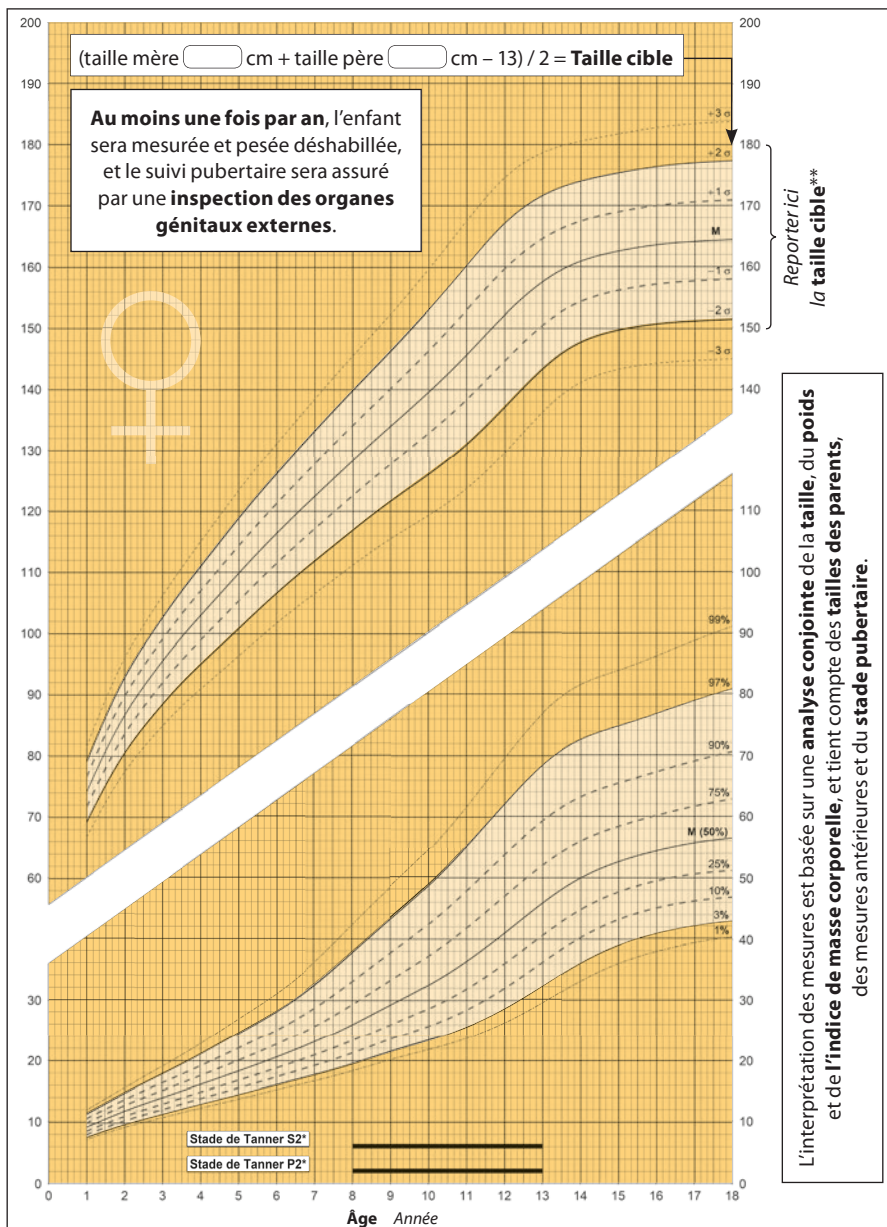


Courbes de croissance AFPA - CRESS/INSERM - CompuGroup Medical, 2018 [enfants nés à plus de 2 500 g et suivis par des médecins sur le territoire métropolitain].



# TAILLE (CM) ET POIDS (KG) DES FILLES

DE 1 À 18 ANS



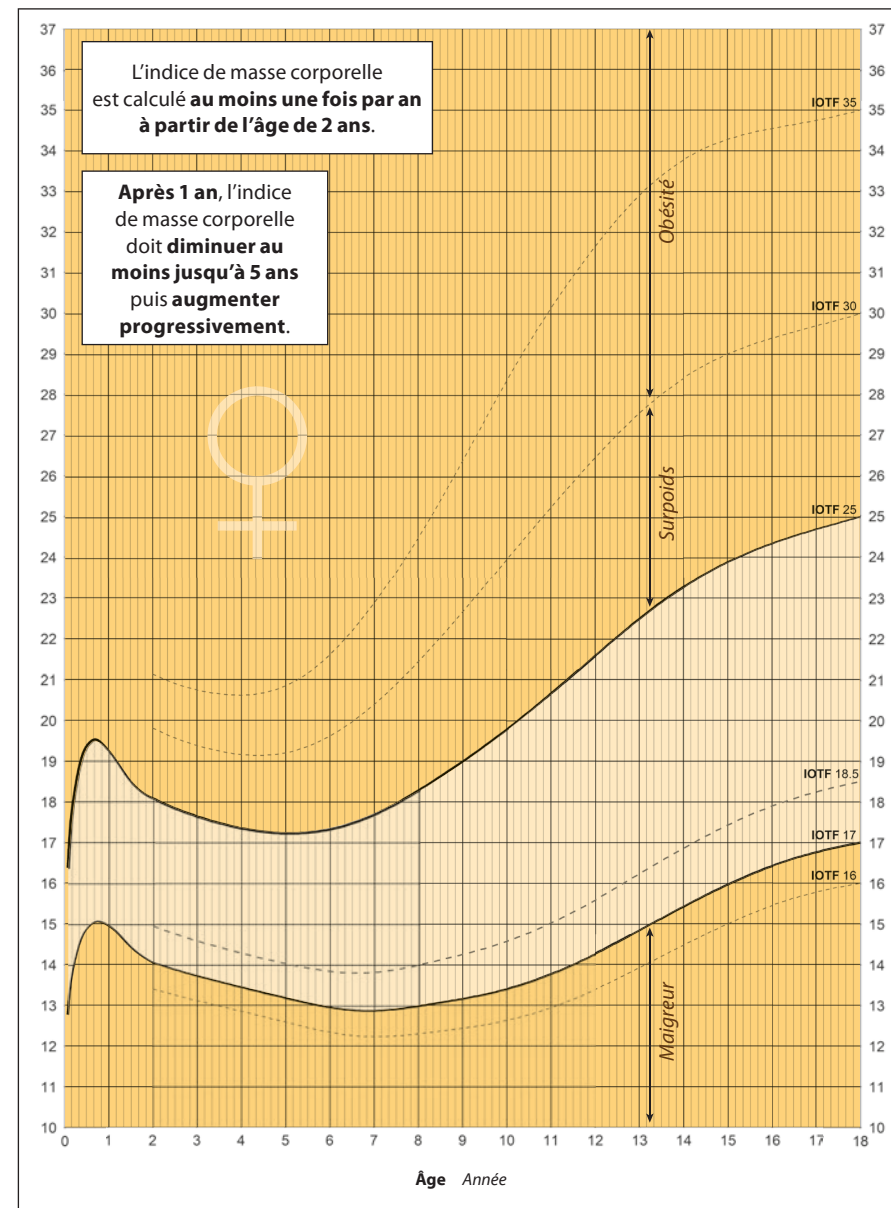
σ : écart-type ; M : médiane ; S2 : apparition des seins ; P2 : apparition de la pilosité pubienne

\* 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.

# INDICE DE MASSE CORPORELLE DES FILLES

DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



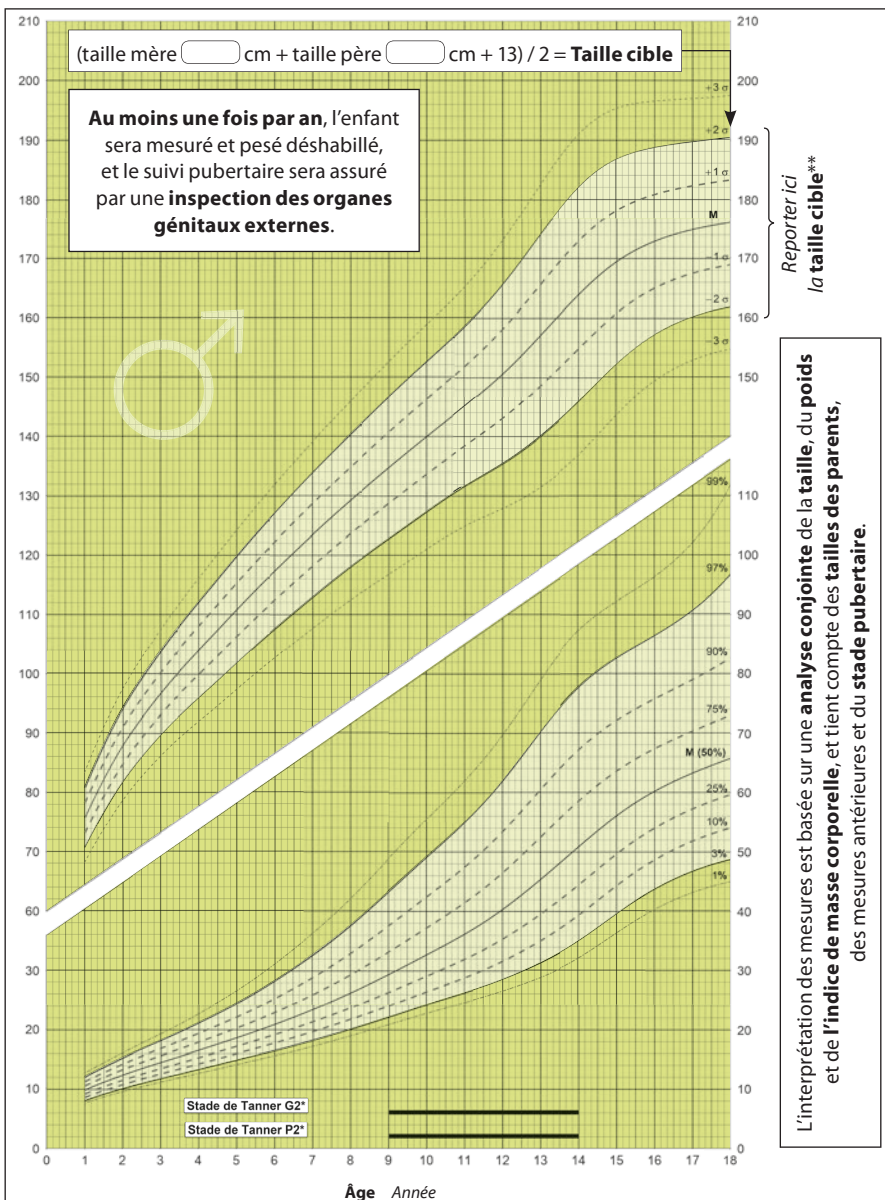
Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

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.



# TAILLE (CM) ET POIDS (KG) DES GARÇONS

DE 1 À 18 ANS



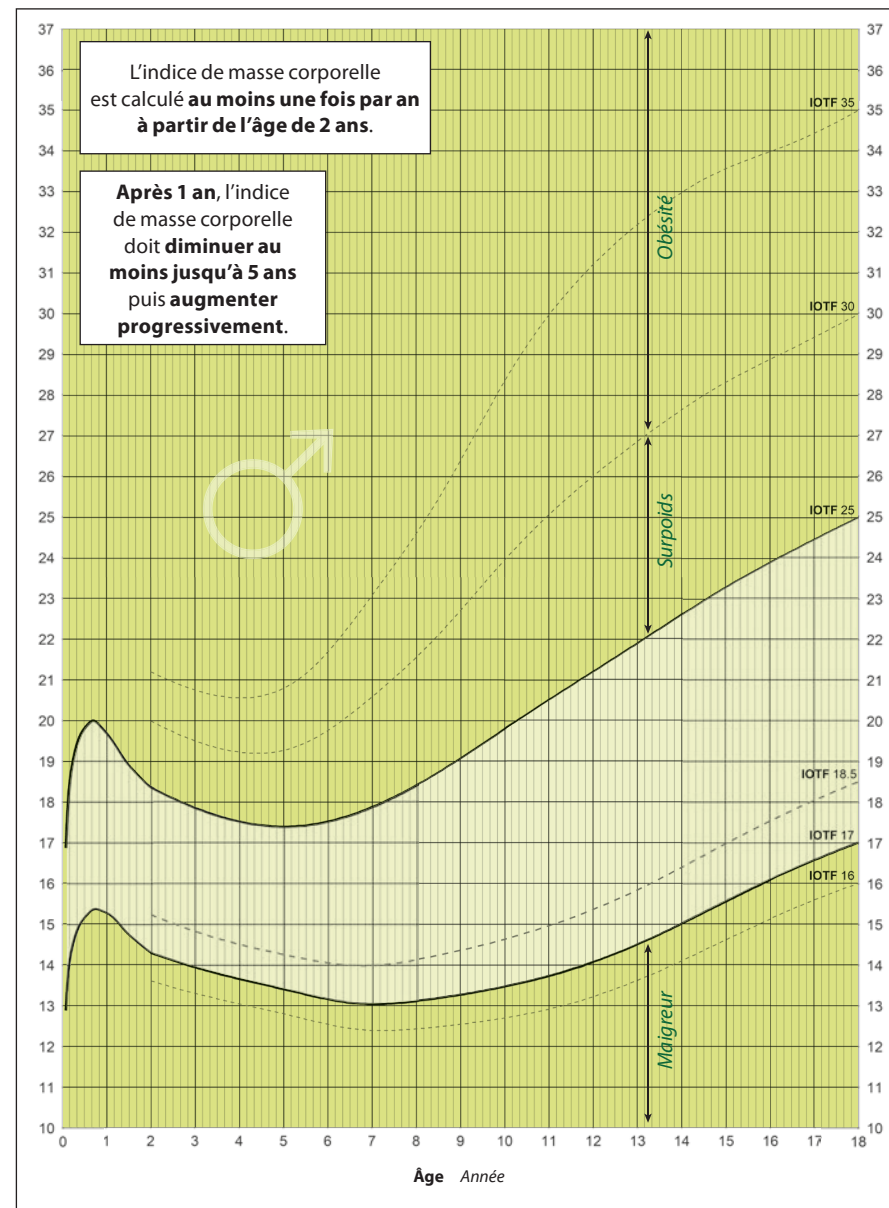
σ : écart-type ; M : médiane ; G2 : longueur testiculaire ≥ 25 mm ; P2 : apparition de la pilosité pubienne

\* 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.

# INDICE DE MASSE CORPORELLE DES GARÇONS

DE 1 MOIS À 18 ANS (KG/M²)



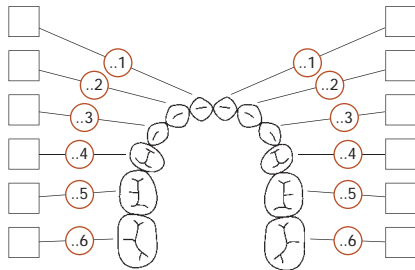
Après 2 ans : courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. *Pediatric Obesity* 2012.

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.



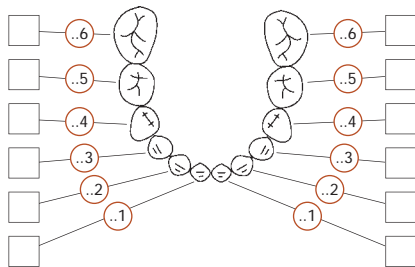


## EXAMEN DE PRÉVENTION À 6 ANS



Compléter le numéro de la dent selon qu'il s'agit d'une dent temporaire ou permanente.

- ☐ C Dent cariée  
☐ A Dent absente  
☐ O Dent obstruée



Nombre de dents à soigner :

Scelléments préventifs de sillons à réaliser :

non ☐ oui ☐

Anomalies dento-maxillo-faciales :

non ☐ oui ☐

### Conclusions

Rien à signaler actuellement ☐

Soins nécessaires ☐

Traitement en cours ☐

Consultation d'orthodontie conseillée ☐

Consultation spécialisée souhaitable ☐

Conseils personnalisés :

### Attestation de fin de soins

(à remplir après réalisation des soins nécessaires) :

date de fin de soins :

Signature et cachet du praticien  
ayant effectué les soins :

Date du bilan :

Signature et cachet du praticien :

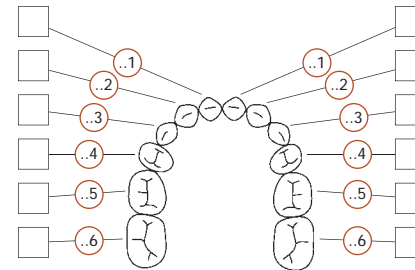
### Traitements bucco-dentaires

Date	Indiquer de manière succincte les examens faits, le nombre de dents à soigner et/ou les traitements entrepris	Nom et cachet du praticien

Article L. 2132-2-1 du Code de la santé publique : « À 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans, les enfants sont obligatoirement soumis à une consultation de prévention bucco-dentaire. »

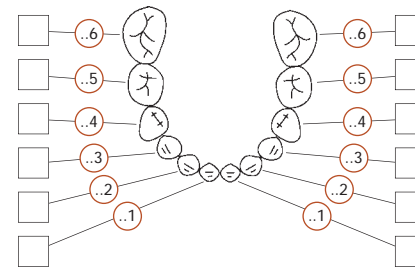


## EXAMEN DE PRÉVENTION À 9 ANS



Compléter le numéro de la dent selon qu'il s'agit d'une dent temporaire ou permanente.

- ☐ C Dent cariée  
☐ A Dent absente  
☐ O Dent obstruée



Nombre de dents à soigner :

Scelléments préventifs de sillons à réaliser :

non ☐ oui ☐

Anomalies dento-maxillo-faciales :

non ☐ oui ☐

### Conclusions

Rien à signaler actuellement ☐

Soins nécessaires ☐

Traitement en cours ☐

Consultation d'orthodontie conseillée ☐

Consultation spécialisée souhaitable ☐

Conseils personnalisés :

### Attestation de fin de soins

(à remplir après réalisation des soins nécessaires) :

date de fin de soins :

Signature et cachet du praticien  
ayant effectué les soins :

Date du bilan :

Signature et cachet du praticien :

### Traitements bucco-dentaires

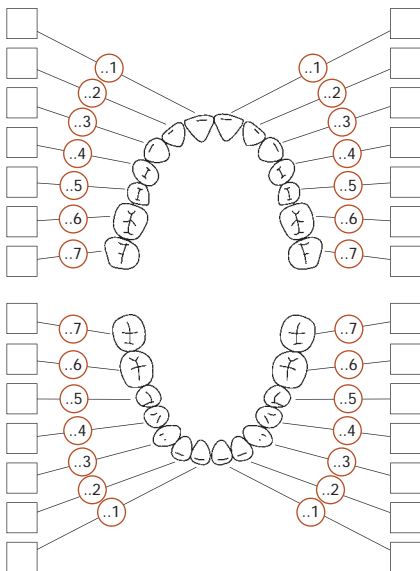
Date	Indiquer de manière succincte les examens faits, le nombre de dents à soigner et/ou les traitements entrepris	Nom et cachet du praticien

un examen bucco-dentaire de prévention [...]. Le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de





## EXAMEN DE PRÉVENTION À 12 ANS



Compléter le numéro de la dent selon qu'il s'agit d'une dent temporaire ou permanente.

- ☐ C Dent cariée  
☐ A Dent absente  
☐ O Dent obstruée

Nombre de dents à soigner :

Scelléments préventifs de sillons à réaliser :

non ☐ oui ☐

Anomalies dento-maxillo-faciales :

non ☐ oui ☐

### Conclusions

Rien à signaler actuellement ☐

Soins nécessaires ☐

Traitement en cours ☐

Consultation d'orthodontie conseillée ☐

Consultation spécialisée souhaitable ☐

Conseils personnalisés :

### Attestation de fin de soins

(à remplir après réalisation des soins nécessaires) :

date de fin de soins :  jour  mois  année

Signature et cachet du praticien  
ayant effectué les soins :

Date du bilan :  jour  mois  année

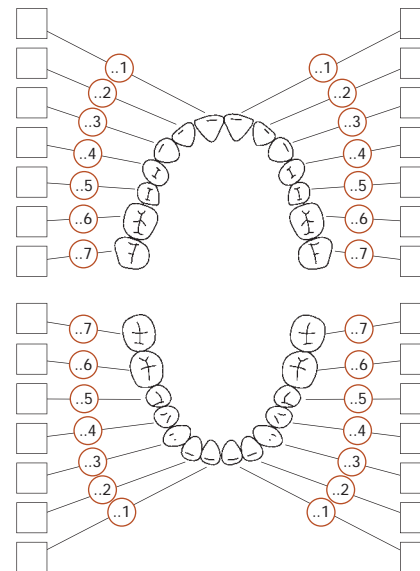
Signature et cachet du praticien :

### Traitements bucco-dentaires

Date	Indiquer de manière succincte les examens faits, le nombre de dents à soigner et/ou les traitements entrepris	Nom et cachet du praticien



## EXAMEN DE PRÉVENTION À 15 ANS



Compléter le numéro de la dent selon qu'il s'agit d'une dent temporaire ou permanente.

- ☐ C Dent cariée  
☐ A Dent absente  
☐ O Dent obstruée

Nombre de dents à soigner :

Scelléments préventifs de sillons à réaliser :

non ☐ oui ☐

Anomalies dento-maxillo-faciales :

non ☐ oui ☐

### Conclusions

Rien à signaler actuellement ☐

Soins nécessaires ☐

Traitement en cours ☐

Consultation d'orthodontie conseillée ☐

Consultation spécialisée souhaitable ☐

Conseils personnalisés :

### Attestation de fin de soins

(à remplir après réalisation des soins nécessaires) :

date de fin de soins :  jour  mois  année

Signature et cachet du praticien  
ayant effectué les soins :

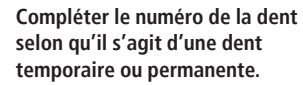
Date du bilan :  jour  mois  année

Signature et cachet du praticien :

### Traitements bucco-dentaires

Date	Indiquer de manière succincte les examens faits, le nombre de dents à soigner et/ou les traitements entrepris	Nom et cachet du praticien





- non ☐      oui ☐

Article L. 2132-2-1 du Code de la santé publique : « À 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans et 18 ans, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention [...]. Le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés. »

Pensez à 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.



[illegible]

Nom du site transfusionnel habituel : .....  
 Médecin référent du site transfusionnel : .....  
 Adresse : .....  
 Téléphone : .....





Nom :

Prénom :

Né(e) le :  jour  mois  année

## Examens radiologiques

Date	Région examinée	Estimation de la dose reçue par le patient	Numéro d'agrément (praticien ou établissement)	Cachet et signature du médecin

Les mentions portées sur cette page ont valeur de carte individuelle radiologique.



## VACCINATIONS

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 chargé de la Santé.

Si vous vous posez des questions sur la vaccination, n'hésitez pas à consulter le site de l'agence Santé publique France : [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr).

**Ces pages ont valeur de certificat de vaccination.**



**La vaccination doit être inscrite lisiblement et complètement.**

Lorsqu'un retard est intervenu dans la réalisation du calendrier des vaccinations indiqué, il n'est pas nécessaire de recommencer tout le programme des vaccinations. 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.

Si une vaccination **n'est pas effectuée** pour raisons médicales ou pour toute autre raison, **le professionnel de santé doit indiquer, clairement, cette raison** dans le tableau réservé à cette vaccination.

Les mises à jour régulières sont disponibles sur le site du ministère chargé de la Santé : [www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr).





cerfa  
N° 12594\*02

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\*

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

\* Si le vaccin contre l'hépatite B est effectué à l'aide d'un vaccin monovalent, le reporter page 100.  
Si utilisation d'un vaccin autre que le vaccin hexavalent, préciser le nom du vaccin.

### Vaccination contre les infections à pneumocoque

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

### Vaccination contre les infections invasives à méningocoque de sérogroupe C

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

cerfa  
N° 12594\*02

Nom :   
Prénom :   
Né(e) le :  jour  mois  année

## Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) (measle, mumps, rubella)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

### Vaccination contre la fièvre jaune : Guyane\* (yellow fever)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

\* Ce vaccin est obligatoire en Guyane.

## Vaccinations recommandées

### Résultat du test de dépistage (si indiqué)

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat	Signature et identification du vaccinateur

### Vaccination antituberculeuse : BCG\*

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur

\* Ce vaccin est recommandé pour tous les enfants vivant en Île-de-France, en Guyane, à Mayotte, ainsi que les enfants confrontés au risque de tuberculose.





Né(e) le : \_\_\_\_\_  
jour            mois            année

### Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite\*, la coqueluche (*pertussis*)<sup>(1)</sup>

(1) Rappel à 6 ans : DTCaP ; rappel à 13 ans dTcaP.

Né(e) le : \_\_\_\_\_  
jour                      mois                      année

## 101





## Statut clinique ou immunitaire pour les maladies à prévention vaccinale

Inscrivez dans le tableau ci-dessous le diagnostic pour des maladies à prévention vaccinale ainsi que le résultat de la recherche éventuelle d'anticorps spécifiques pour ces maladies, même en dehors d'un contexte clinique évocateur (varicelle, hépatite A, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche).

Date du diagnostic	Maladie	Sérologie éventuelle		PCR	Signature et identification du médecin (nom, cachet)
		Date	Résultat		

## Autres maladies contagieuses et épidémiques

(les maladies à prévention vaccinale doivent figurer dans le tableau ci-contre)

Date	Maladie	Observations et complications	Signature et identification du médecin

## Résultats des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse\* : intradermoréaction à la tuberculine (IDR)

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat (en mm d'induration)	Signature et identification du médecin

\* En cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou en cas de suspicion clinique.

## Résultats des tests de dépistage de l'infection tuberculeuse\* : tests de détection de la production d'interféron gamma (IGRA)

Date	Test IGRA	Résultat	Signature et identification du médecin

\* En cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou en cas de suspicion clinique.



## 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

- [www.solidarites-sante.gouv.fr](http://www.solidarites-sante.gouv.fr)
- <https://sante.fr>
- [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)
- [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr)
- [www.mangerbouger.fr](http://www.mangerbouger.fr)
- [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- [www.centres-antipoison.net](http://www.centres-antipoison.net)
- [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)
- [www.drogues-info-service.fr](http://www.drogues-info-service.fr)

## Numéros d'urgence

**SAMU : 15**

**Numéro d'urgence européen : 112**

**Allo enfance en danger : 119**

Art. L. 2132-1 du Code de la 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 01/02/2018



