

# Carnet de santé

Nom: .....

Prénom: .....

**SPÉCIMEN**

**SPÉCIMEN**



N°12593\*01

# Carnet de santé

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

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

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

**A :** .....  
(commune et département. Pour Paris, Lyon et Marseille, indiquer l'arrondissement)

Le carnet de santé est un document qui réunit tous les évènements qui concernent la santé de votre enfant depuis la naissance. Ceux-ci y sont inscrits avec votre accord.\*

Le carnet de santé 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.

Le carnet de santé est un document confidentiel, les informations qui y figurent sont couvertes par le secret médical.

Nul ne peut exiger la présentation de ce carnet.\*

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

\* Art L. 2132-1 du Code de Santé Publique (voir page 96).



Ministère de la Santé  
et des Solidarités

Mise à jour du 01/01/2006

**SPÉCIMEN**

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

Adresses successives (éventuellement numéro de téléphone)

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

### **Mémento des numéros indispensables**

Médecin, consultation de PMI .....

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

SAMU : 15

Numéro d'urgence européen : 112

**SPÉCIMEN**

## Table des matières

Généralités	pages 1 à 3
Pathologies au long cours, allergies, antécédents familiaux	pages 4 à 6
Période périnatale	pages 7 à 16
Surveillance médicale	pages 17 à 75
Courbes de croissance	pages 76 à 81
Examens bucco-dentaires	pages 82 à 83
Hospitalisations - Examens radiologiques - Produits sanguins	pages 84 à 86
Vaccinations, maladies infectieuses	pages 87 à 95



Espace destiné aux parents



Partie à remplir par un professionnel de santé



Espace destiné à l'enfant ou l'adolescent

SPÉCIMEN

# Affections au long cours



Le médecin reportera sur ces deux pages, avec l'accord des parents, les affections au long cours et les allergies de l'enfant.

**Diagnostic** (à remplir par le médecin qui suit l'enfant) :

.....

Date du diagnostic 

jour	mois	an
------	------	----

Nom du médecin, adresse, téléphone, e-mail : .....

.....

.....

Coordonnées de l'établissement de santé  
(s'il y a lieu) : nom, adresse, e-mail, téléphone

.....

.....

Coordonnées du médecin (ou service) à contacter en  
cas d'urgence : nom, adresse, **téléphone**

.....

.....

.....

**Diagnostic** (à remplir par le médecin qui suit l'enfant) :

.....

Date du diagnostic 

jour	mois	an
------	------	----

Nom du médecin, adresse, téléphone, e-mail : .....

.....

.....

Coordonnées de l'établissement de santé  
(s'il y a lieu) : nom, adresse, e-mail, téléphone

.....

.....

Coordonnées du médecin (ou service) à contacter en  
cas d'urgence : nom, adresse, **téléphone**

.....

.....

.....

**Diagnostic** (à remplir par le médecin qui suit l'enfant) :

.....

Date du diagnostic 

jour	mois	an
------	------	----

Nom du médecin, adresse, téléphone, e-mail : .....

.....

.....

Coordonnées de l'établissement de santé  
(s'il y a lieu) : nom, adresse, e-mail, téléphone

.....

.....

Coordonnées du médecin (ou service) à contacter en  
cas d'urgence : nom, adresse, **téléphone**

.....

.....

.....

**Diagnostic** (à remplir par le médecin qui suit l'enfant) :

.....

Date du diagnostic 

jour	mois	an
------	------	----

Nom du médecin, adresse, téléphone, e-mail : .....

.....

.....

Coordonnées de l'établissement de santé (s'il y a lieu) :  
nom, adresse, e-mail, téléphone

.....

.....

Coordonnées du médecin (ou service) à contacter en  
cas d'urgence : nom, adresse, **téléphone**

.....

.....

.....

SPÉCIMEN

# Allergies

Allergies alimentaires

## Aliment (ou allergène) en cause

Allergie : suspectée  certaine

Date :     
jour mois an

Commentaires : .....

Nom, cachet et signature du médecin : .....

## Aliment (ou allergène) en cause

Allergie : suspectée  certaine

Date :     
jour mois an

Commentaires : .....

Nom, cachet et signature du médecin : .....

Allergies médicamenteuses

## Médicament (ou allergène) en cause

Allergie : suspectée  certaine

Date :     
jour mois an

Commentaires : .....

Nom, cachet et signature du médecin : .....

## Médicament (ou allergène) en cause

Allergie : suspectée  certaine

Date :     
jour mois an

Commentaires : .....

Nom, cachet et signature du médecin : .....

Autres allergies

## Allergène en cause

Allergie : suspectée  certaine

Date :     
jour mois an

Commentaires : .....

Nom, cachet et signature du médecin : .....

## Allergène en cause

Allergie : suspectée  certaine

Date :     
jour mois an

Commentaires : .....

Nom, cachet et signature du médecin : .....

SPÉCIMEN



## Antécédents familiaux

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

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

**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...).

**Si l'un de vous deux ou 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.**

**SPÉCIMEN**

# Période prénatale\*

Nom de la mère : .....

Prénom de la mère : .....

Date de naissance de la mère :     
jour mois an

Nom du père : .....

Prénom du père : .....

Date de naissance du père :     
jour mois an



**Parité :** .....

**Groupe sanguin et facteur rhésus de la mère :** .....

**Taux des agglutinines irrégulières :** .....

### Sérologies

Date du dernier contrôle :      Résultat :

Toxoplasmose    négatif  positif  inconnu   
jour mois an

Rubéole    négatif  positif  inconnu   
jour mois an

Antigène HBs    négatif  positif  inconnu   
jour mois an

Autres : .....

Au cours de la grossesse, est-ce que la mère a pris des médicaments  
 (en dehors des suppléments usuels)      non       oui

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

**SPÉCIMEN**

# Naissance



## Accouchement

Date de naissance :          
jour mois an

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

Analgsie : aucune  générale   
péridurale  rachianesthésie  autre

Naissance par : voie basse non instrumentale   
extraction voie basse instrumentale   
césarienne programmée   
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 PC :   cm

Taille :   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  de l'anus

Autres renseignements : .....

Nom : ..... Cachet et signature :

Qualification : .....

**SPÉCIMEN**



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



### Examen clinique

Fréquence cardiaque au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fémorales perçues	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Fréquence respiratoire au repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
.....			Hanche gauche normale	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Organes génitaux : .....			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 Dr .....  
à ..... le .....



### Dépistage d'une déficience auditive

	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Méthode .....		
Résultat	<b>normal</b>	<b>à surveiller</b>
OD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature et cachet

### Les examens biologiques de dépistage :

Dépistage de la phénylcétonurie, hyperplasie congénitale des surrénales et hypothyroïdie : non  oui

Dépistage de la drépanocytose : non  oui

Dépistage de la mucoviscidose :

    Consentement des parents recueilli non  oui

    Test effectué non  oui

Autres dépistages biologiques : .....

Prélèvements effectués par :

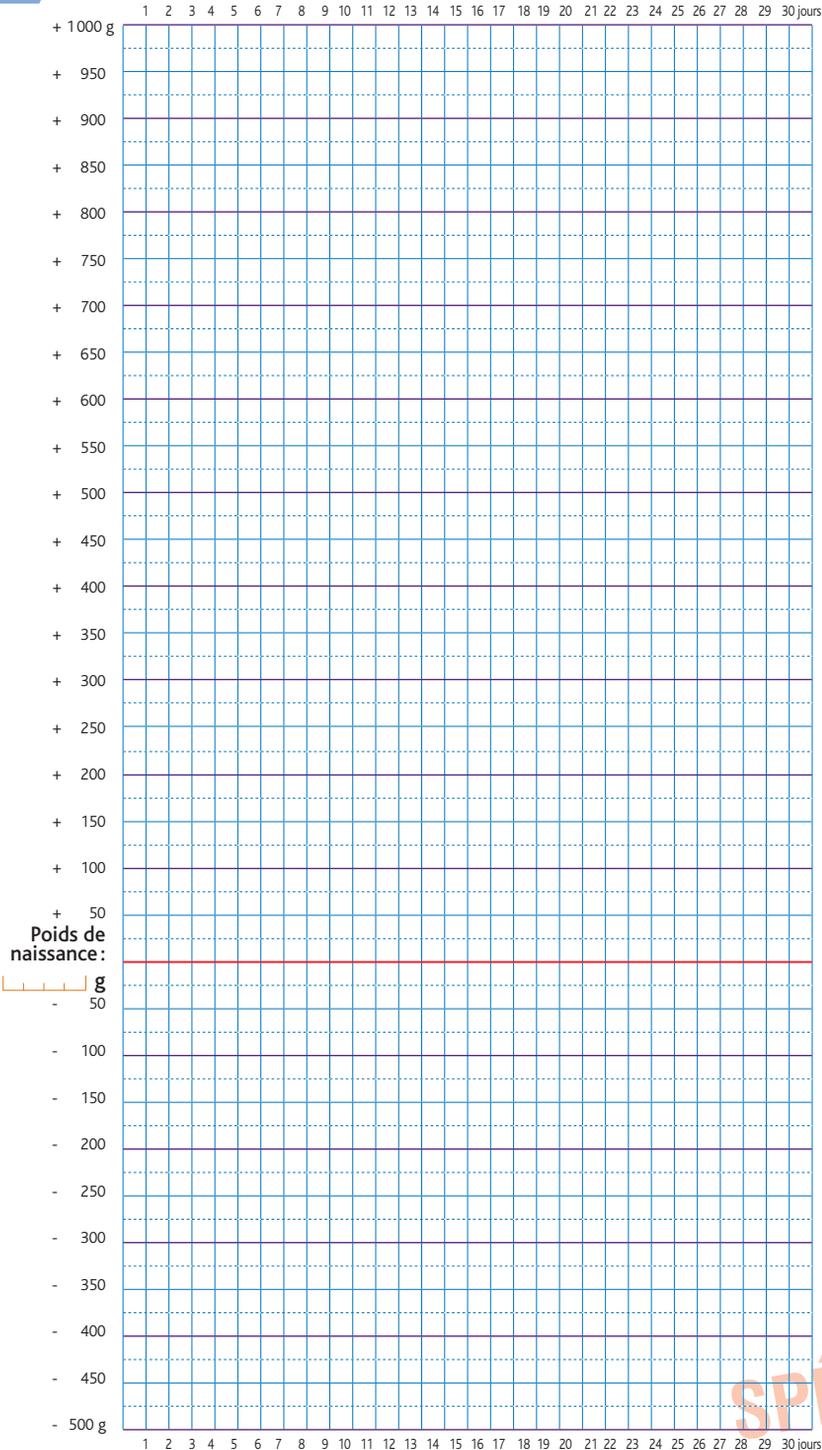
Nom : ..... Qualification : .....

A : ..... Le : .....

SPÉCIMEN



## Courbe du poids du premier mois



*Il est conseillé de faire peser votre enfant par un professionnel de santé entre le huitième et le quinzième jour, pour s'assurer de sa bonne croissance.*

SPÉCIMEN



## Conseils aux parents

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, la parole : prenez l'habitude de lui parler.



### Le bain de votre bébé

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 bébé dans l'eau. Tenez toujours votre bébé quand il est dans son bain.

### Rythme de vie

Respectez les horaires de repas et de sommeil de votre bébé.



### Les pleurs

Votre bébé pleure. C'est une de ses manières de s'exprimer, d'attirer votre attention : il a faim, sa couche est sale, il a trop chaud, il a sommeil, il veut un câlin, etc. Vous apprendrez progressivement la signification de ses pleurs.

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

Si vous êtes déconcertés, 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.**



**SPECIVIEN**

## Alimentation

Pendant les six premiers mois, votre enfant n'a pas besoin d'autres aliments que le lait (voir tableau d'introduction des aliments pages 28 et 29).

### Si vous l'allaitez

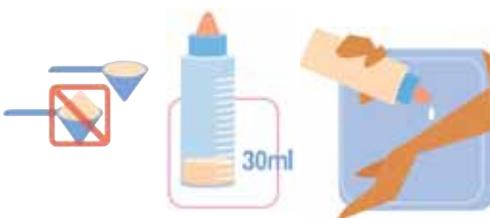
Votre lait est l'aliment le mieux adapté aux besoins de votre enfant. Continuez d'allaiter aussi longtemps que vous le souhaitez ou que vous le pouvez.

- Au début, donnez le sein à la demande.
- Pendant les 4 ou 6 premières semaines au moins, il vaut mieux éviter l'allaitement mixte (sein et biberon).
- L'alcool que vous buvez passe dans le lait. Ne buvez pas d'alcool pendant toute la durée de l'allaitement. De même, ne prenez pas de médicaments sans avis médical.
- Pour votre bien-être et celui de votre enfant, n'arrêtez pas l'allaitement brutalement. Remplacez les tétées de façon progressive, sur plusieurs semaines.
- Si vous rencontrez quelques difficultés pour allaiter, ne vous découragez pas : prenez conseil auprès de votre médecin, de professionnels de la Protection Maternelle et Infantile, d'autres femmes qui allaitent ou d'associations de promotion de l'allaitement.



### Si vous lui donnez le biberon

- Le type de lait qui convient à votre bébé, les quantités à donner et le mode de reconstitution\* vous seront indiqués lors des visites mensuelles chez votre médecin ou à la consultation de P.M.I.
- Le lait peut être donné à température ambiante.
- Agitez toujours le biberon, puis vérifiez la température du lait en versant quelques gouttes sur la face interne de votre avant-bras.
- **Ne réchauffez pas le biberon 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.



\* Vous pouvez utiliser l'eau du robinet (sauf si l'eau a été filtrée ou adoucie) ou certaines eaux en bouteille.

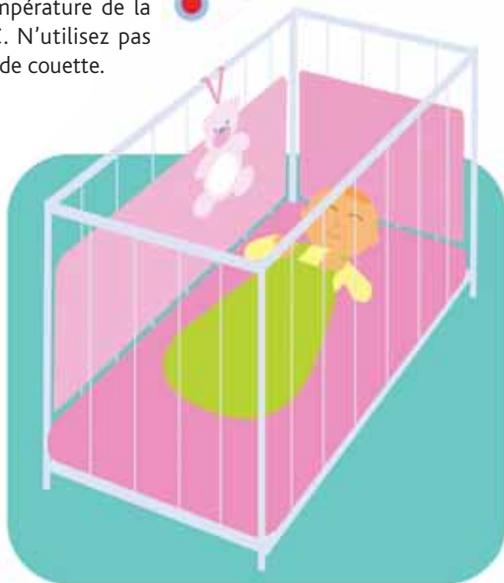


## Sommeil

Couchez votre bébé sur le dos, dans son propre lit rigide et profond, sur un matelas ferme, dans une « turbulette » ou « gigoteuse » adaptée à sa taille. La température de la chambre doit être à 19°C. N'utilisez pas d'oreiller, de couverture ou de couette.



**Ne le couvrez pas trop.**



**Couchez votre bébé sur le dos, jamais sur le ventre, ni sur le côté, seul dans son lit.**

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

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

Ne donnez jamais à votre bébé de médicaments pour dormir.

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

**SPÉCIMEN**

## Sa santé

### Pour limiter la transmission des infections

- prenez soin de bien vous laver les mains avant de vous occuper de votre bébé,
- évitez qu'on l'embrasse sur le visage et les mains, surtout si la personne est malade ou enrhumée,
- évitez les lieux publics très fréquentés, par exemple centres commerciaux, transports en commun... (particulièrement en période d'épidémie de bronchiolite).

### Avant 3 mois, si votre bébé

- a la diarrhée, (selles brutalement plus liquides et plus fréquentes), il peut se déshydrater rapidement, surtout s'il vomit. Donnez-lui à boire une solution de réhydratation orale\* tous les quarts d'heure par petites quantités à la fois.
- a de la fièvre (température rectale supérieure à 38°C), découvrez-le, donnez-lui à boire.
- est gêné pour respirer.
- a un comportement inhabituel.

**Faites-le examiner rapidement par un médecin.  
Ne lui donnez pas de médicament sans avis médical.**

## 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 chaînes et les cordons autour du cou. Dans tous les cas, pensez à les retirer quand vous le couchez.

Ne le laissez pas boire son biberon seul.

Veillez à ce que le matériel utilisé (siège, lit, etc.) soit homologué.

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



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

### 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 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.



**L'AUDITION de votre bébé est essentielle pour apprendre 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.

**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.**

**SPÉCIMEN**

**Jusqu'à l'âge de 6 ans**, les enfants bénéficient de 20 examens médicaux obligatoires, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

- Dans les 8 jours qui suivent la naissance (voir page 9).
- Une fois par mois jusqu'à 6 mois.
- A 9 mois et à 12 mois.
- Deux fois au cours de la 2<sup>e</sup> année.
- A 2 ans (examen au 24<sup>e</sup> ou 25<sup>e</sup> mois).
- Deux fois par an jusqu'à 6 ans.

Trois de ces examens donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé : dans les 8 jours suivants la naissance, au cours du 9<sup>e</sup> mois et au cours du 24<sup>e</sup> mois.

Deux de ces examens sont organisés le plus souvent à l'école : en petite ou moyenne section de maternelle et en grande section de maternelle ou au CP. Ils se déroulent en votre présence.

**Après l'âge de 6 ans**, un examen de suivi par an est recommandé.

Ces examens sont importants pour suivre le développement et la santé de votre enfant et prendre en charge rapidement les problèmes. Il sont un moment privilégié pour dialoguer avec le médecin. Lors de ces examens, le médecin effectuera les vaccinations.

Pensez à les faire pratiquer par le médecin de votre choix, pédiatre, généraliste ou en consultation de P.M.I. (consultations de Protection Maternelle et Infantile), **en dehors des consultations pour maladie**.

## Lorsque vous allez avec votre enfant :

- chez un médecin,
- à l'hôpital ou dans un établissement de soins,
- à la consultation de P.M.I.,
- aux visites médicales effectuées à l'école,
- chez un dentiste,

## ... n'oubliez pas d'apporter son carnet de santé.

Pensez à emporter le carnet de santé en voyage.

## Examens entre la naissance et 2 mois

Date

Âge

Poids

Taille

Périmètre  
crânien

Examen clinique  
et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

Observations et prescriptions

Cachet et signature



*Votre bébé*

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

**SPÉCIMEN**



# Examen au cours du deuxième mois

À 2 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 ?

.....

.....



## Examen médical

Date :  jour  mois  an    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 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>			
au bruit	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>			

## 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 4 membres de manière symétrique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Emet 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"/>

SPÉCIMEN

**Allaitement :**            au sein             au biberon             mixte (biberon et sein)

Si vous allaitez et pensez reprendre votre travail, vous pouvez conserver au moins la tétée du matin et du soir.

**Vos observations, vos questions :**

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 fatiguée, épuisée, si vous vous sentez triste, anxieuse, si vous êtes souvent de mauvaise humeur, si vous avez le sentiment d'être débordée, de ne pas comprendre les demandes de votre bébé: sachez demander de l'aide et n'hésitez pas à en parler avec votre médecin, avec un psychologue ou avec un spécialiste de la petite enfance.**

## Examen somatique

**Conclusions :** Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin



# A partir de trois mois\*, que faire ?

## Si votre enfant a de la fièvre

### La fièvre, qu'est-ce que c'est ?

Une température supérieure à 38°.

### Que faire ?

- Habillez-le très légèrement (ne lui mettez pas de turbulette ou de surpyjama pour dormir).
- Faites-le boire plus souvent que d'habitude.
- Ne chauffez pas trop sa chambre (entre 18 et 20°C).



Avant de donner un médicament pour faire baisser la fièvre (antipyrétique), vérifiez toujours si votre enfant n'a pas déjà reçu le même sous un autre nom ou une autre forme.

### Ne donnez qu'un seul antipyrétique.

Respectez strictement les précautions d'emploi figurant sur la notice, les doses correspondant au poids de votre enfant et les délais entre les prises.

### Si votre enfant se comporte comme d'habitude :

il joue, bouge, mange, il ne vomit pas.

- ce n'est pas indispensable de lui donner un médicament pour faire baisser la fièvre s'il la supporte bien.
- Si nécessaire, donnez-lui un médicament conseillé par votre médecin ou votre pharmacien.

**Si, malgré ces mesures, votre enfant a toujours de la fièvre au bout de 48 heures, il faut consulter votre médecin.**

### Si votre enfant :

- a un comportement inhabituel, 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.**

## 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 un soluté de réhydratation orale\*\* (SRO) au début tous les quarts d'heure 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.**

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

*Les antibiotiques sont souvent inutiles, parfois nocifs.  
Les fièvres de l'enfant sont très souvent dues à une maladie virale.  
Votre médecin vous prescrira un traitement si nécessaire.*

## Si votre enfant vomit et si :

- il n'a pas un comportement habituel,
- il a plus de 38,5°,
- il a plusieurs selles liquides,
- il refuse de téter, de boire ses biberons,
- les vomissements sont répétés,
- le vomissement est sanglant, 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 demi-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,
- si sa voix est différente.

**Consultez immédiatement votre médecin.**

# Examens entre 2 et 4 mois

Date

Âge

Poids

Taille

Périmètre  
crânien

Examen clinique  
et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

Observations et prescriptions

Cachet et signature



*Votre bébé*

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

SPECIMEN



# Examen au cours du quatrième mois

A 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 ?

.....



## Examen médical

Date : \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ an 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 <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	
au bruit	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	

## Développement

Maintenu assis, tient sa tête droite	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Joue avec les mains	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Sur le ventre,			Tourne la tête pour suivre un objet	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
- soulève tête et épaules	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Attrape un objet qui lui est tendu	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
- s'appuie sur les avant-bras	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Sourire réponse	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Bouge vigoureusement les 4 membres			Vocalise	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
de manière symétrique	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Rit aux éclats	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

SPÉCIMEN

**Allaitement :** au sein  au biberon  mixte (biberon et sein)

**Vos observations, vos questions :**

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 somatique

**Conclusions :** Détaillez 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\*

	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
Lait 	lait maternel exclusif ou « lait 1 <sup>er</sup> âge » exclusif **					
Produits laitiers 	[Red hatched area]					« lait 1 <sup>er</sup> âge ou 2 <sup>e</sup> âge » **
Fruits 						Yaourt
Légumes 						Tous : très mûrs
Pommes de terre 						Tous : purée lisse
Légumes secs 						Purée
Farines infantiles (céréales) 						Sans gluten
Pain, produits céréaliers 						
Viandes, poissons 						
Œufs 						
M.G. ajoutées 						
Boissons 	Eau pure : proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur					
Sel 	[Red hatched area]					
Produits sucrés ***** 						

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

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

SPÉCIMEN

D'après les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS)

 Pas de consommation

 Début de consommation possible

 Début de consommation recommandée

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 maternel ou							
« Lait 2 <sup>e</sup> âge » 500 ml/j**						« Lait 2 <sup>e</sup> âge » ou « de croissance »**	
ou fromage blanc nature -----> Fromages							
ou cuits, mixés ; texture homogène, lisse ---> crus, écrasés***						en morceaux, à croquer***	
-----> petits morceaux***						écrasés, morceaux***	
lisse -----> petits morceaux***							
						15-18 mois : en purée***	
Avec gluten							
						Pain, pâtes fines, semoule, riz***	
Tous, mixés : **** 10 g/j = 2 cuillères à café		Hachés : 20 g/j = 4 cuillères à café				30 g/j = 6 cuillères à café	
1/4 (dur)		1/3 (dur)				1/2	
Huile (olive, colza...) ou beurre (1 cuillère à café d'huile ou 1 noisette de beurre au repas)							
Eau pure							
						Peu pendant la cuisson ; ne pas resaler à table	
Sans urgence ; à limiter							

\*\*\* A adapter en fonction de la capacité de mastication et de déglutition, et de la tolérance digestive de l'enfant.

\*\*\*\* Limiter les charcuteries, sauf le jambon blanc.

\*\*\*\*\* Biscuits, bonbons, crèmes desserts, desserts lactés, chocolats, boissons sucrées, confiture, miel...

SPÉCIMEN

# Examens entre 4 et 9 mois

Date

Âge

Poids

Taille

Périmètre  
crânien

Examen clinique  
et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

Observations et prescriptions

Cachet et signature



*Votre bébé*

- *rit aux éclats,*
- *attrape les objets.*

SPECIMEN

# Examens entre 4 et 9 mois

Date

Âge

Poids

Taille

Périmètre  
crânien

Examen clinique  
et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

Observations et prescriptions

Cachet et signature



*Votre bébé*

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

SPECIMEN



# Examen du neuvième mois

A 9 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

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 à la maison ?

.....



## Examen médical

Date : |-----| jour |-----| mois |-----| an Poids : |-----| kg Taille : |-----| cm PC : |-----| cm

Risque de saturnisme non  oui

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"/>

Se retourne sur un bruit produit hors de sa vue	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?
Tympan normaux			Si oui, test utilisé : .....
à gauche	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Résultat : normal <input type="checkbox"/> à refaire <input type="checkbox"/>
à droite	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	avis spécialisé demandé <input type="checkbox"/>

## Développement

Tient assis sans appui	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Pointe du doigt	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Motricité symétrique des 4 membres	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Réagit à son prénom	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Se déplace	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Répète une syllabe	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Saisit un objet avec participation du pouce	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Joue à « coucou, le voilà »	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>

SPÉCIMEN

Quelle est l'alimentation de votre bébé ?

.....

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....

**Vos observations, vos questions :**

- 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, le développement de votre bébé.

**Parlez-en avec votre médecin.**

## Examen somatique

**Conclusions :** Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

SPECIMEN



## Protégez votre enfant

**Portes:** Apprenez à votre enfant à ne pas mettre ses doigts dans les embrasures des portes.

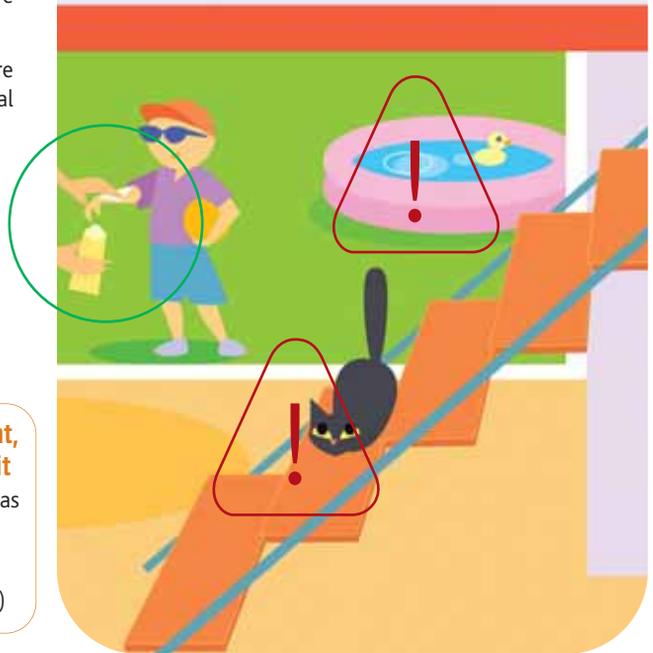
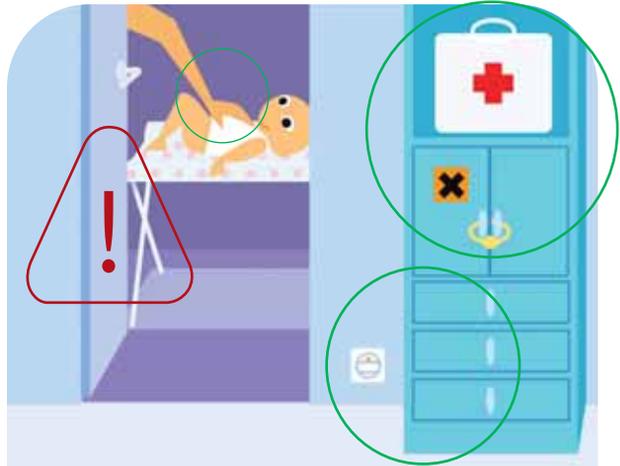
**Produits dangereux:** Rangez flacons, médicaments et produits d'entretien hors de portée de votre enfant.

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

**Le risque de noyade:** Près de l'eau, ne quittez jamais votre enfant des yeux.

**Soleil:** Pensez à protéger votre enfant du soleil.

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



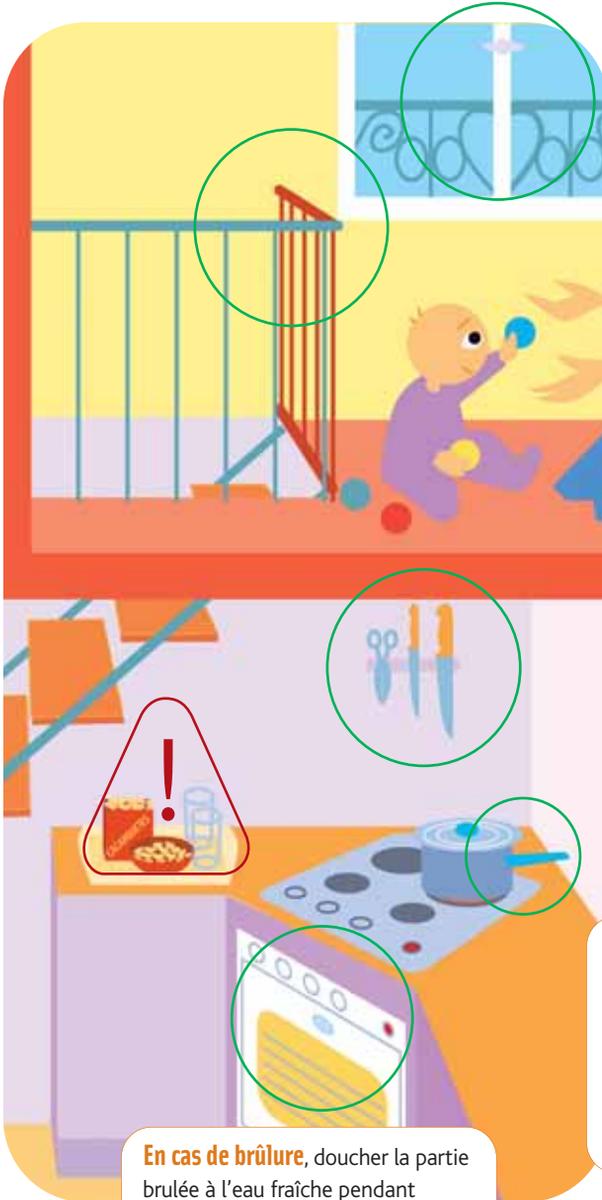
**En cas d'ingestion de médicament, de produit ménager ou de produit chimique,** ne pas faire vomir, ne pas faire boire.

**Appelez le 15 (SAMU)**

ou le 112 (numéro d'urgence Européen)

SPÉCIMEN

## Surveiller, interdire, expliquer



**Escaliers:** Apprenez à votre enfant à descendre et à monter les escaliers.

**Fenêtres:** Ne laissez pas votre enfant seul dans une pièce où les fenêtres sont ouvertes.

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

**Four:** Équipez-vous d'un four « porte froide » ou d'une grille de protection.

**Casserole:** Pensez à tourner toujours le manche de la casserole, de la poêle, vers l'intérieur.

**Allumettes:** Placez allumettes et briquet hors de portée des enfants.

**Sac en plastique:** Interdisez à votre enfant de jouer avec des sacs plastique. Rangez-les hors de sa portée.

**Les petits aliments et petits objets:** cacahuètes, bonbons, billes, doivent être mis hors de portée des enfants.

### Inhalation d'un corps étranger

Brutalement l'enfant a du mal à respirer, est pris d'une violente quinte de toux. Maintenez-le en position assise ou debout.

### Appellez le 15 (SAMU)

ou le 112 (numéro d'urgence Européen)

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

### Appellez le 15 (SAMU)

ou le 112 (numéro d'urgence Européen)

SPÉCIMEN

## Examens entre 9 et 16 mois

Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	IMC*	Examen clinique et développement psychomoteur
------	-----	-------	--------	-------------------	------	---

SPÉCIMEN

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).

SPECIMEN

## Examens entre 17 et 24 mois

Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	IMC*	Examen clinique et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

Observations et prescriptions

Cachet et signature



*Votre enfant*

- *connait plusieurs mots puis commence à faire des petites phrases de 2 mots,*
- *court, tape dans un ballon.*

SPECIMEN



# Examen au cours du 24<sup>e</sup> mois

A 24 mois, votre enfant

- utilise son index pour désigner quelqu'un ou quelque chose,
- joue à faire semblant,
- vous imite dans la vie quotidienne,
- répond à votre sourire.

## Préparer la consultation

Qui s'occupe de votre enfant dans la journée ?

.....

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

.....

Y a-t-il des animaux à la maison ?

.....



## Examen médical

Date : |  
jour            mois            an            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"/>
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"/>

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

## Développement

Marche acquise	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Superpose des objets	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
A quel âge .....	mois		Associe deux mots	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Comprend une consigne simple	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Motricité symétrique des 4 membres	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Nomme au moins une image	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>			

SPÉCIMEN

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

.....

.....

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....

**Vos observations, vos questions :**

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

**Parlez-en avec votre médecin.**

## Examen somatique

**Conclusions :** Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

SPECIMEN

# Examens entre 25 et 36 mois

Date

Âge

Poids

Taille

Périmètre  
crânien

IMC\*

Examen clinique  
et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

Observations et prescriptions

Cachet et signature



*Votre enfant*

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

SPECIMEN

# Les premières dents

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

- **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 une brosse souple dont la taille est adaptée à son âge.



## Son alimentation

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 chirurgien-dentiste est conseillée dès 3 ans.

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

A 6 ans et à 12 ans, votre enfant peut bénéficier d'un examen bucco-dentaire de prévention. Votre dentiste remplira **les pages 82 et 83** du carnet de santé.

## Le fluor

Le fluor protège les dents des enfants.

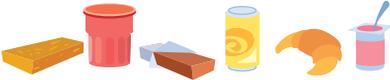
Il peut être utilisé sous différentes formes (dentifrice, sel de table, comprimés...): votre médecin ou votre chirurgien-dentiste vous aidera à choisir la meilleure solution pour votre enfant.

## 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.

SPÉCIMEN

## Repères des consommations pour les enfants à partir de 3 ans et les adolescents (Programme National Nutrition Santé)

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



# 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 à la maison ?

.....

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....



## Examen médical

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

Risque de saturnisme non  oui

IMC :

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

Tympan normaux

à gauche non  oui

à droite non  oui

Test à la voix chuchotée non fait  fait

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

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

Si oui, test utilisé : .....

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

## Développement

Peut nommer 3 couleurs non  oui

Dit son nom non  oui

Fait des phrases de 3 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 3 cubes non  oui

Monte les escaliers en alternant les pieds non  oui

Mange seul non  oui

S'habille avec aide non  oui

Propreté acquise : Diurne non  oui

Nocturne non  oui

Comportement lors de l'examen :

adapté  inhibé  agité

SPECIMEN

**Vos observations, vos questions :**

- 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, le développement de votre enfant.

**Parlez-en avec votre médecin.**

**Examen somatique**

**Respiration :** nasale  buccale

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

Conseils d'hygiène donnés non  oui

**Conclusions :** Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

# Examens entre 3 et 4 ans

Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	IMC*	Examen clinique et développement psychomoteur
------	-----	-------	--------	-------------------	------	---

SPÉCIMEN

\*Reporter sur la courbe, page 79 (fille) ou 81 (garçon), la valeur de l'indice de masse corporelle ( $IMC = P/T^2$ ).

Observations et prescriptions

Cachet et signature



*Votre enfant*

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

SPECIMEN



# Examen au cours de la quatrième 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 à la maison ?

.....

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....

## Examen médical



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

Risque de saturnisme non  oui

Pression artérielle ..... Protéinurie .....

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

### Mesure de l'acuité visuelle

#### Vision de près

Test utilisé : ..... Test de vision stéréoscopique fait  non fait

Résultat : œil gauche ..... œil droit ..... Résultat : normal  à refaire

#### Vision de loin

Test utilisé : ..... avis spécialisé demandé

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

Tympanaux normaux Un test d'audiologie quantitative a-t-il été pratiqué ?

à gauche non  oui  Si oui, test utilisé : .....

à droite non  oui  Résultat : normal  à refaire

Test à la voix chuchotée : non fait  fait  avis spécialisé demandé

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

## Développement

Enlève un vêtement non  oui  Connaît son sexe non  oui

Joue en groupe non  oui  Connaît trois couleurs non  oui

Saute en avant non  oui  Fait des phrases bien construites non  oui

Tient sur un pied 3 secondes non  oui  Utilise les articles, les prépositions non  oui

Propreté acquise diurne non  oui  Dessine le bonhomme en 3 parties non  oui

nocturne non  oui  Test de langage : pratiqué non  oui

si oui lequel ? .....

Résultat : normal  à refaire

bilan demandé

SPECIMEN

**Vos observations, vos questions :**

- si on ne comprend pas bien votre enfant quand il parle ou si ses phrases ne sont pas bien construites,
- 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.

**Examen somatique**

Respiration :                      nasale       buccale

Nombre de dents : cariées soignées       cariées non soignées       absentes       traumatisées

Conseils d'hygiène donnés      non                       oui

**Conclusions :** Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

# Examens entre 4 et 6 ans

Date	Âge	Poids	Taille	Périmètre crânien	IMC*	Examen clinique et développement psychomoteur
------	-----	-------	--------	-------------------	------	---

SPÉCIMEN

\*Reporter sur la courbe, page 79 (fille) ou 81 (garçon), la valeur de l'indice de masse corporelle ( $IMC = P/T^2$ ).

Observations et prescriptions

Cachet et signature



*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.*

SPECIMEN



# Examen au cours de la sixième année

Visite médicale d'entrée dans l'enseignement élémentaire

Votre enfant va bientôt entrer au cours préparatoire. Un bilan de son développement est nécessaire. Cet examen est obligatoire. Le plus souvent il sera effectué par le médecin scolaire à l'école. Votre présence est importante.

## Préparer la consultation

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 ? .....

## Examen médical



Date :  jour  mois  an Risque de saturnisme non  oui   
Taille :  cm IMC :  Pression artérielle ..... Protéinurie .....

L'enfant a-t-il une correction ? non  oui  Strabisme non  oui   
*(Si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)* si oui, pris en charge non  oui   
**Mesure de l'acuité visuelle** Poursuite oculaire normale non  oui   
**Vision de près** Tolère l'occlusion oculaire alternée non  oui   
 Test utilisé : ..... Test de vision stéréoscopique : fait  non fait   
 Résultat : œil gauche ..... œil droit ..... Résultat : normal  à refaire   
 avis spécialisé demandé   
**Vision de loin** Test de vision des couleurs : fait  non fait   
 Test utilisé : ..... Résultat : normal  à refaire   
 Résultat : œil gauche ..... œil droit ..... avis spécialisé demandé

Tympan droit aspect normal : ..... Fréquence 500 1000 2000 4000 8000 Hz  
 Tympan gauche aspect normal : ..... oreille droite       
**Examen auditif** oreille gauche       
 Test utilisé ? ..... Résultat : normal  à refaire   
 avis spécialisés demandé

## Développement

Marche talon-pointe en avant non  oui  Distingue matin, après-midi, soir non  oui   
 Attrape une balle qui rebondit non  oui  Montre le dessus, le dessous non  oui   
 Compte treize cubes ou jetons non  oui  Copie un carré, un losange, des boucles non  oui   
 Décrit une image non  oui  Motricité fine : bouton sur lui non  oui   
 Exécute une consigne non  oui  **Comportement global**  
 autonomie non  oui   
**Test de langage** spontanéité non  oui   
 Test utilisé ? ..... capacité d'attention non  oui   
 Résultat : normal  à refaire   
 bilan orthophonique demandé

Latéralité (D droite, G gauche, NF non fixée) Main  Œil  Pied

SPECIUMEN

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

.....

**Vos observations, vos questions :**

- 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.**

**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.**

### Examen somatique

**Nombre de dents\*** : cariées soignées  cariées non soignées  absentes  traumatisées   
 Conseils d'hygiène donnés non  oui

**Conclusions :** Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

# Examens entre 6 et 8 ans

Date

Âge

Poids

Taille

IMC\*

Examen clinique  
et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

Observations et prescriptions

Cachet et signature



*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.*

SPECIMEN



# Examen de la huitième année

## 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 ?

.....



A 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 es libre ?

.....

.....



## Examen médical

Date :  jour  mois  an Âge : .....

Poids :  kg Taille :  m IMC :

Pression artérielle : ..... Protéinurie : .....

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 .....

Poursuite oculaire normale 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 droit aspect normal .....

Tympan gauche aspect normal .....

### Examen auditif

Test utilisé : .....

Fréquence 500 1000 2000 4000 8000 Hz

oreille droite

oreille gauche

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

## Développement

Lit un texte court et en restitue le sens non  oui

Débit de parole normal non  oui

Trouble du langage écrit suspecté non  oui

Test de langage pratiqué ?

nom du test : .....

Résultat : normal  à refaire

bilan orthophonique demandé

Connaît les jours de la semaine non  oui

S'habille entièrement seul non  oui

Troubles de l'équilibre non  oui

Orientation spatiale :

- sur autrui non  oui

- sur un objet non  oui

Latéralité (D droite, G gauche, NF non fixée) Main  Œil  Pied

SPÉCIMEN

A quoi votre enfant aime-t-il jouer avec vous ?

Vos observations, vos questions :

- 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.

Est-ce que votre enfant n'est pas à l'école ? (Tu peux écrire ici si tu veux) .....

### Examen somatique

**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 :** naevi (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

**Conclusions :** Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

SPECIMEN

# Examens entre 8 et 10 ans

Date

Âge

Poids

Taille

IMC\*

Examen clinique  
et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

Observations et prescriptions

Cachet et signature



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

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



### 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 occupés de la santé de votre enfant. A 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 médical à cet âge ?

Cet examen va permettre à votre enfant de faire le point sur son développement et l'incite à préserver 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, 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 à votre médecin**

SPÉCIMEN



## 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 de plus en plus devenir responsable de ta propre santé. Tu trouveras dans ce carnet de santé les éléments de l'histoire de ta croissance (poids, taille, vaccins, maladies...) 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...**

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 psy...

**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

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**

\* Tu peux les trouver auprès de l'infirmière scolaire, de ton médecin ou les chercher sur les sites [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) ou [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)



# Examen entre 10 et 13 ans

## Préparer la consultation

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

.....

Classe : .....



## Examen médical

Date :  jour  mois  an Âge .....

Poids :  kg Taille :  m IMC :

Pression artérielle ..... Protéinurie .....

L'enfant a-t-il une correction ? non  oui  Poursuite oculaire normale non  oui   
(si oui, l'acuité visuelle doit être mesurée avec sa correction)

### Mesure de l'acuité visuelle

#### Vision de près

Test : .....

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

#### Vision de loin

Test : .....

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

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 droit aspect normal ..... Fréquence 500 1000 2000 4000 8000 Hz

Tympan gauche aspect normal ..... oreille droite

Examen auditif ..... oreille gauche

Test utilisé ..... 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

### Mobilisation passive des membres supérieurs

Test à l'effort : fait  non fait

Si oui, test utilisé : .....

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

Troubles du sommeil non  oui

Plaintes somatiques fréquentes non  oui

Evoque son passé non  oui

Etablit des projets non  oui

Trouble du langage

connu ou suspecté : non  oui

Si oui :

Pris en charge non  oui

Bilan demandé non  oui

Latéralité (D droite, G gauche, NF non fixée) Main  Œil  Pied

SPÉCIMEN



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 somatique**

**Nombre de dents\***: caries soignées  caries non soignées  absentes  traumatisées   
 Brossage des dents suffisant non  oui  Conseils d'hygiène donnés non  oui

**Examen de la peau :**

Acné ..... naevi (nombre)  autres .....

**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  an

**Conclusions :** Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

\* Un examen de prévention bucco-dentaire est pratiqué à douze ans par un dentiste (page 83).



# Examens entre 10 et 13 ans

Date

Âge

Poids

Taille

IMC\*

Examen clinique  
et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

Observations et prescriptions

Cachet et signature



• *Les bruits forts, la musique trop forte endommagent ton audition.*



*Si tes oreilles « sifflent », éloigne-toi de la source du bruit.*

SPECIMEN

## 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 préserver 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 enfant, et le médecin.

**A 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,
- si 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...),

**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, 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.**

\* Tu peux les trouver auprès de l'infirmière scolaire, de ton médecin ou les chercher sur les sites [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) ou [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

## Etre 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...), 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), 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.

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 auprès du pharmacien, du CPEF ou de l'infirmière scolaire.
- **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 centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou un CPEF.

SPÉCIMEN



# Examen entre 14 et 18 ans

## Préparer la consultation

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

Classe : .....



## Examen médical

Date :  jour  mois  an Âge .....

Poids :  kg Taille :  m IMC :

Pression artérielle ..... Protéinurie .....



L'enfant a-t-il une correction ? non  oui  Poursuite oculaire normale non  oui

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

### Mesure de l'acuité visuelle

#### Vision de près

Test : .....

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

#### Vision de loin

Test : .....

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

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 droit aspect normal ..... Fréquence 500 1000 2000 4000 8000 Hz

Tympan gauche aspect normal ..... oreille droite

Examen auditif ..... oreille gauche

Test utilisé ..... 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

Mobilisation passive des membres supérieurs

Test à l'effort : fait  non fait

Si oui, test utilisé : .....

Résultat : normal  à refaire

avis spécialisé demandé

Troubles du sommeil non  oui

Plaintes somatiques fréquentes non  oui

Evoque son passé non  oui

Etablit des projets non  oui

Trouble du langage

connu ou suspecté : non  oui

Si oui :

Pris en charge non  oui

Bilan demandé non  oui

Latéralité (D droite, G gauche, NF non fixée) Main  Œil  Pied

SPÉCIMEN



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

.....

**Si vous le voulez bien, une partie de la consultation pourra se faire seul(e) avec le médecin.**

### Examen somatique

**Nombre de dents :** soignées  caries non soignées  absentes  traumatisées

Brossage des dents suffisant non  oui  Conseils d'hygiène donnés non  oui

### Examen de la peau :

Acné ..... naevi (nombre)  autres .....

**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 an

**Conclusions :** Détaillez les traitements entrepris, les examens complémentaires pratiqués ou prescrits, les recommandations.

Cachet et signature du médecin

SPECIMEN

# Examens entre 14 et 18 ans

Date

Âge

Poids

Taille

IMC\*

Examen clinique  
et développement psychomoteur

SPÉCIMEN

\*Reporter sur la courbe, page 79 (fille) ou 81 (garçon), la valeur de l'indice de masse corporelle ( $IMC = P/T^2$ ).

Observations et prescriptions

Cachet et signature

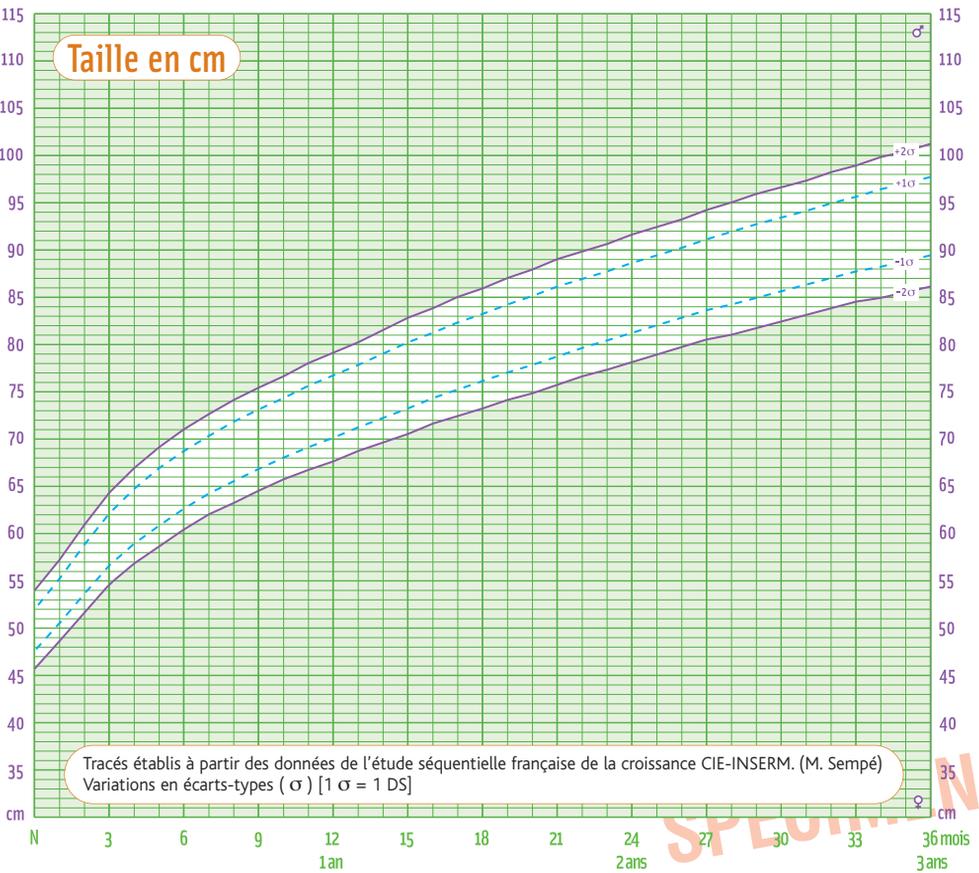
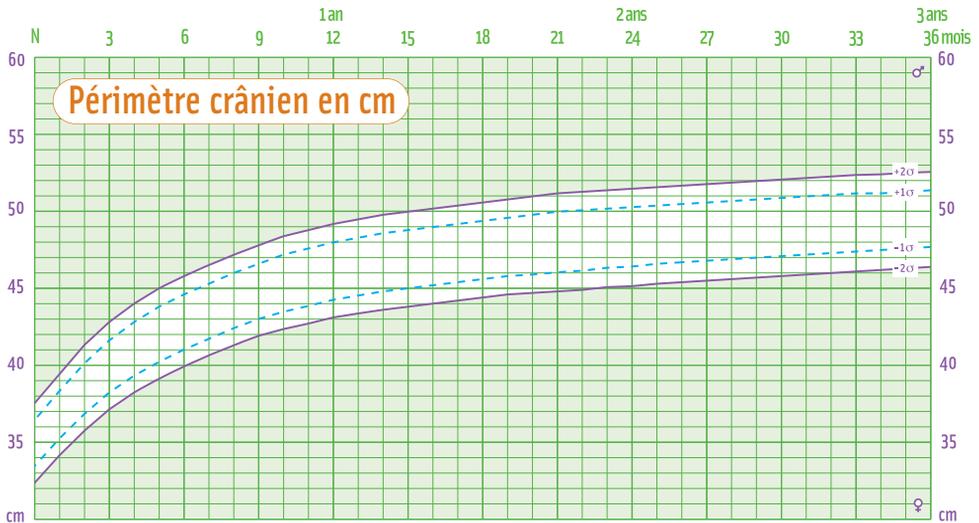


- *Même mineur(e), tu peux consulter un médecin de ta propre initiative, en ville ou à l'hôpital. Tu as droit au secret médical.*

SPECIMEN

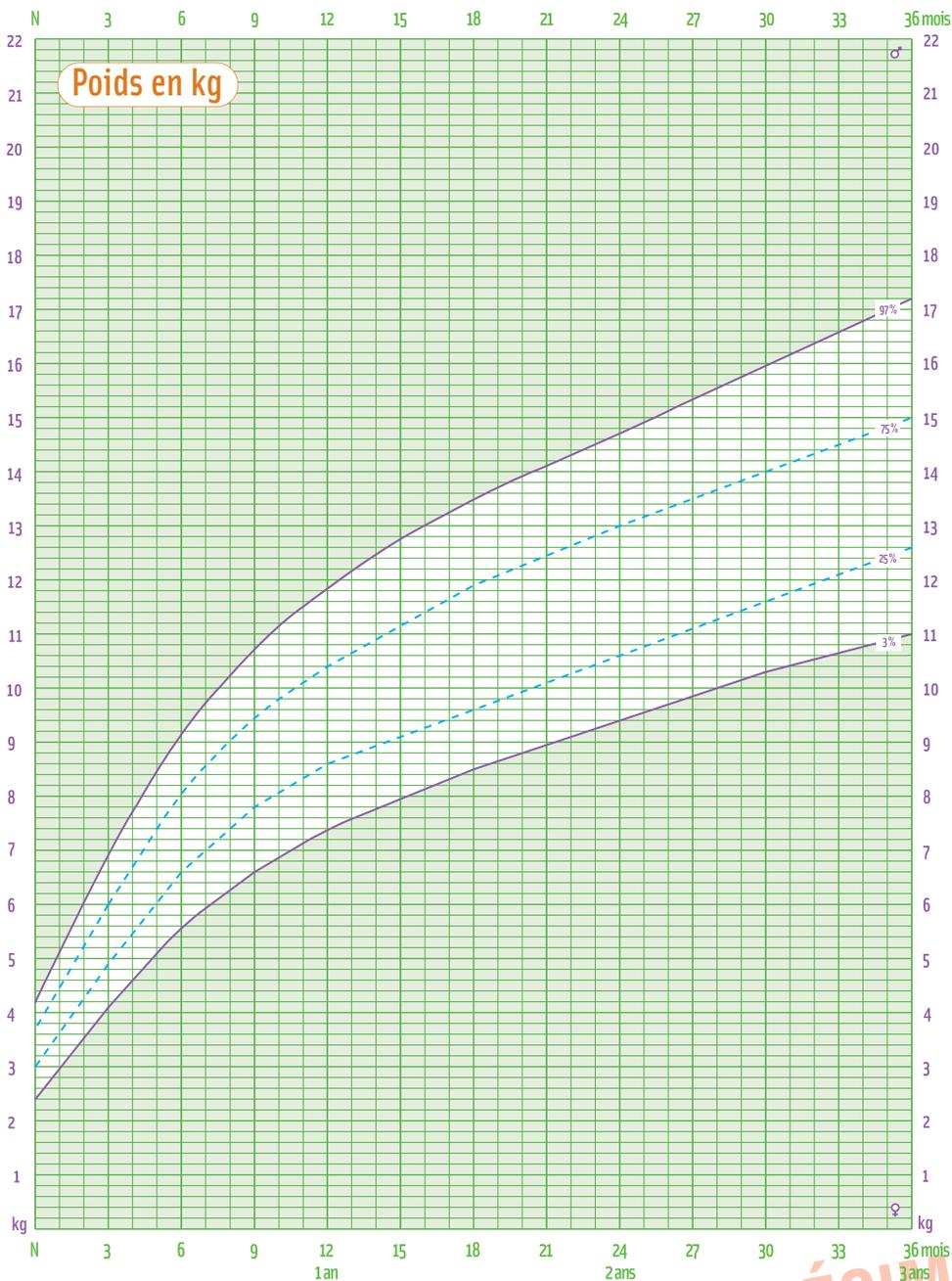
# Croissance

des filles et des garçons de la naissance à 3 ans



# Croissance

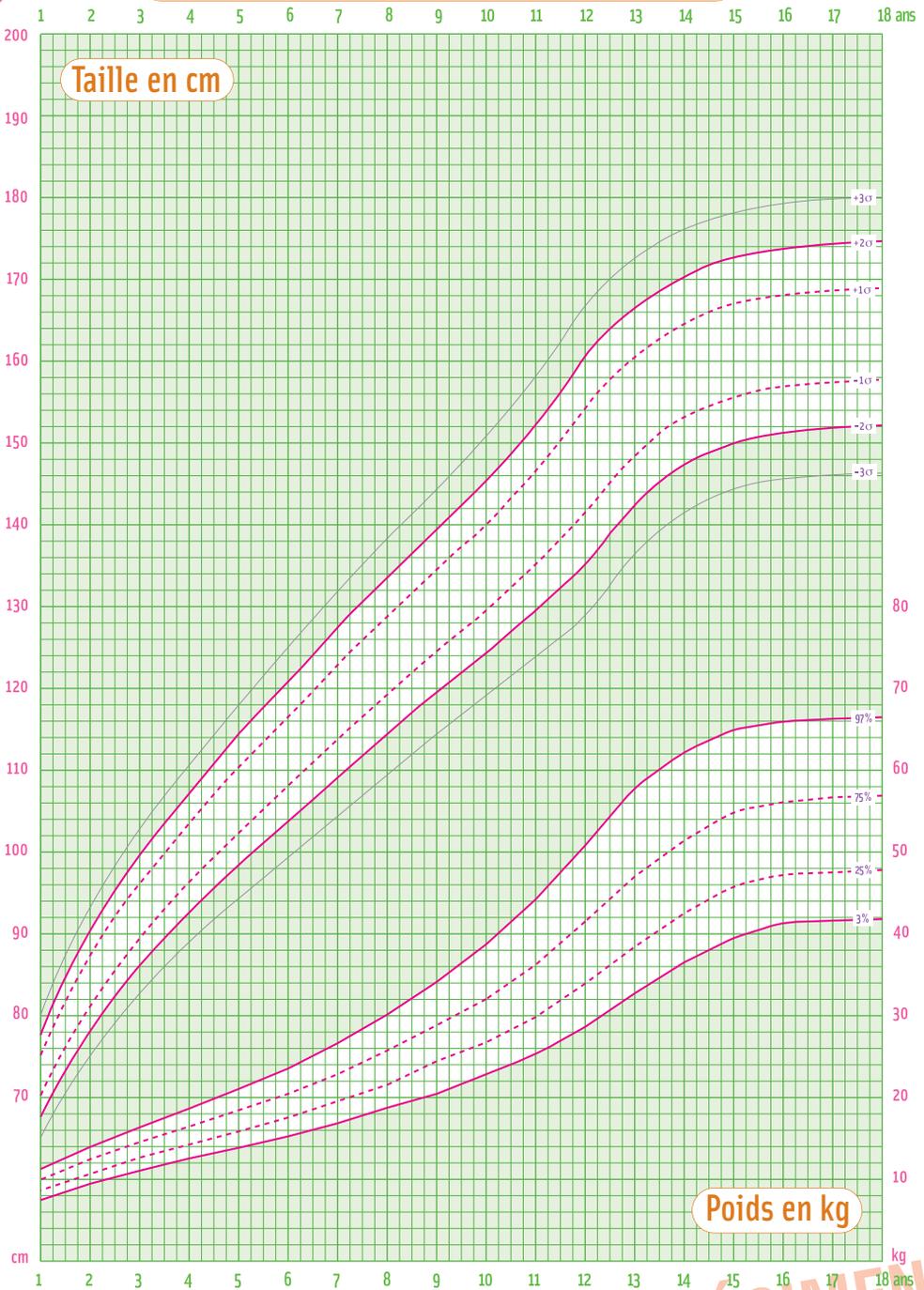
## des filles et des garçons de la naissance à 3 ans



Tracés établis à partir des données de l'étude séquentielle française de la croissance CIE-INSERM. (M. Sempé)  
Variations en centiles

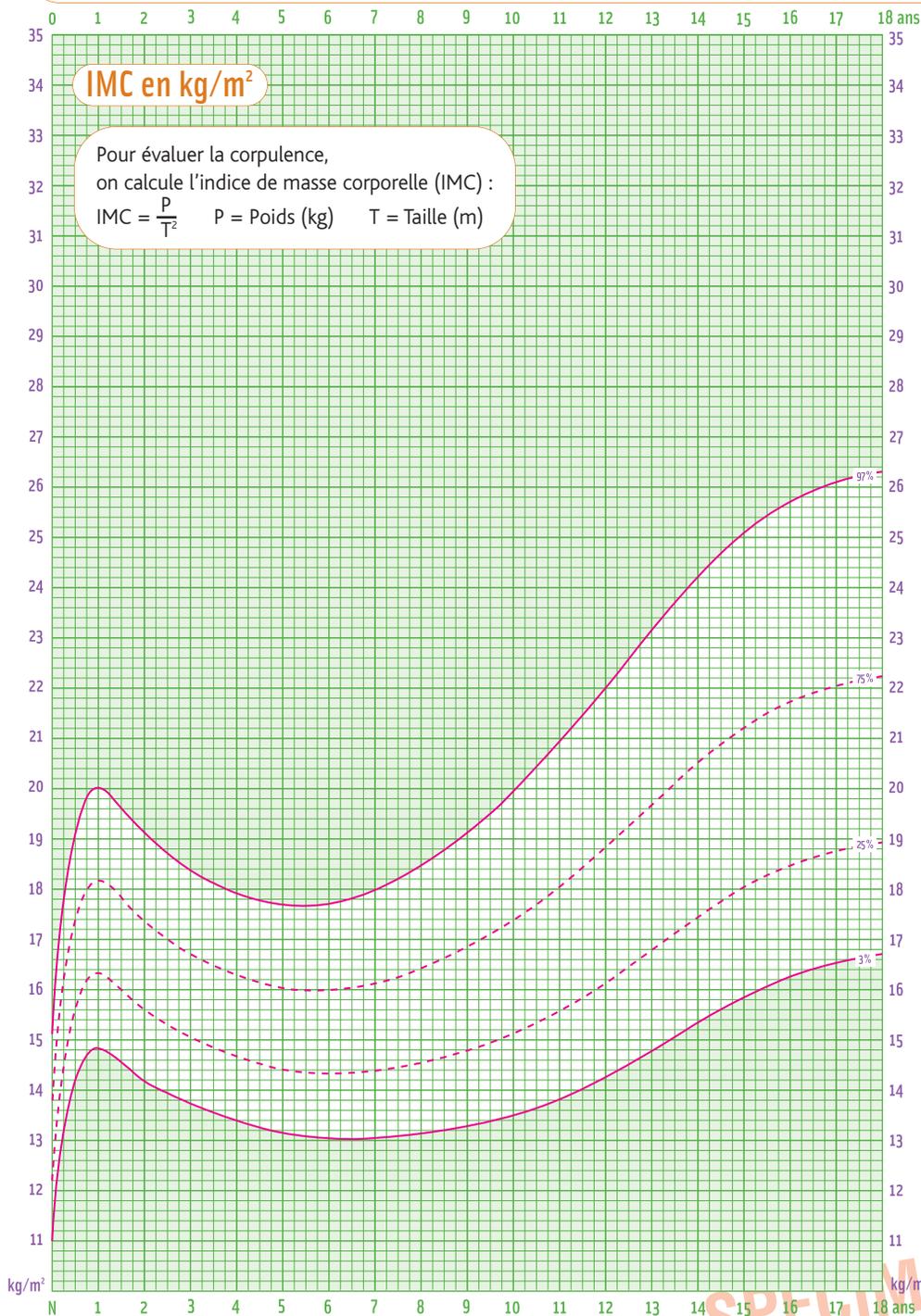
SPÉCIMEN

# Croissance des filles de 1 à 18 ans



SPÉCIMEN

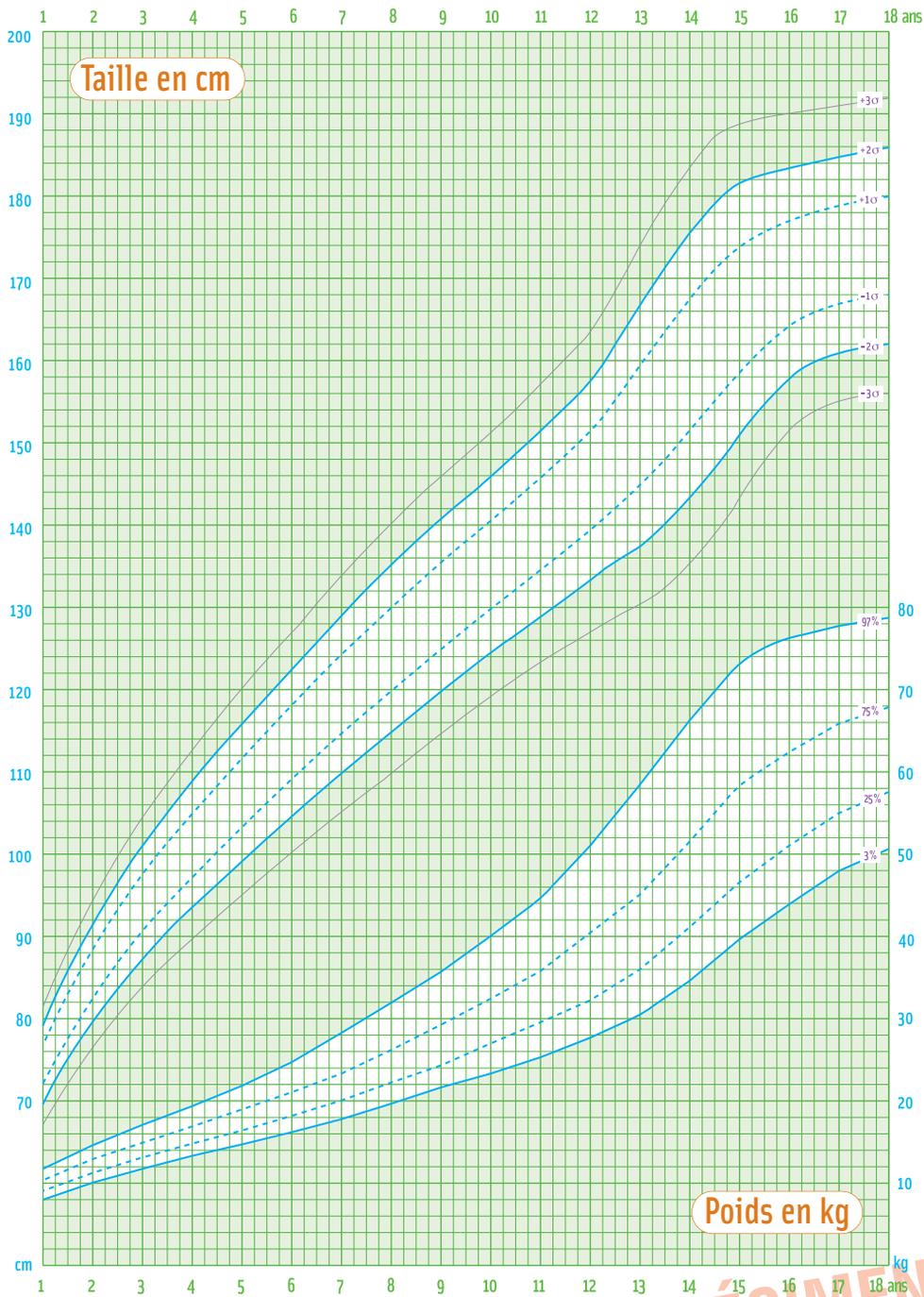
# Évolution de la corpulence des filles de la naissance à 18 ans



Tracés établis à partir des données de l'étude séquentielle française de la croissance CIE-INSERM. (M.F. Rolland-Cachera – M. Sempé). Variations en centiles.

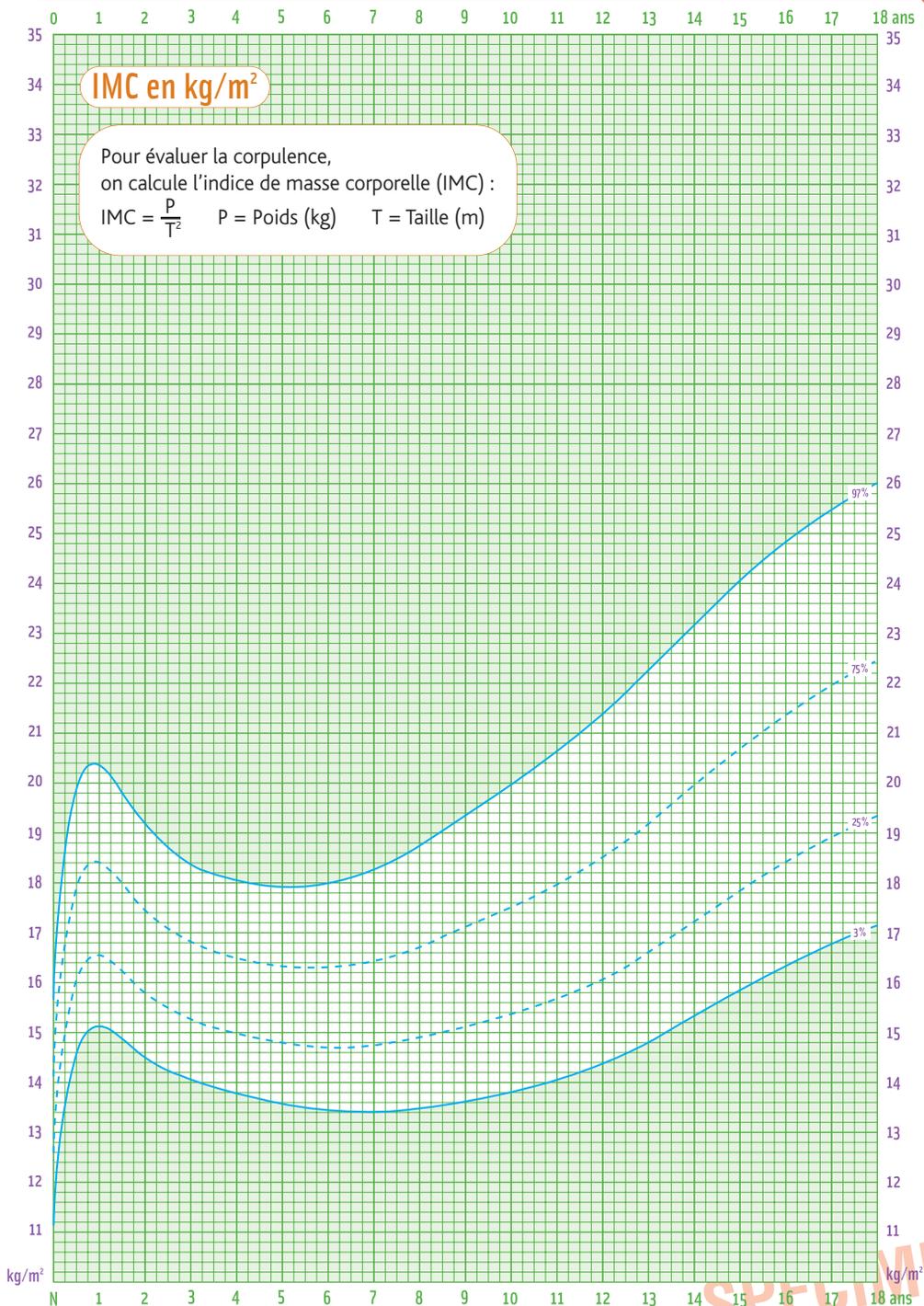
SPECIMEN

# Croissance des garçons de 1 à 18 ans



SPÉCIMEN

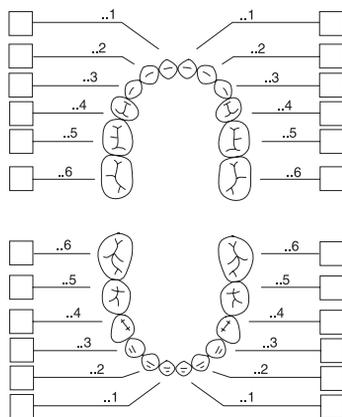
# Évolution de la corpulence des garçons de la naissance à 18 ans



Tracés établis à partir des données de l'étude séquentielle française de la croissance CIE-INSERM. (M.F. Rolland-Cachera – M. Sempé). Variations en centiles.



## Examen de prévention à 6 ans



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

- Dent cariée
- Dent absente
- Dent obturée

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 souhaitable

Consultation spécialisée souhaitable

Conseils personnalisés :

Date du bilan :  jour  mois  an

Signature et cachet du praticien :

Attestation de fin de soins

(à remplir après réalisation des soins nécessaires) :

Date de fin de soins :  jour  mois  an

Signature et cachet du praticien  
ayant effectué les soins :

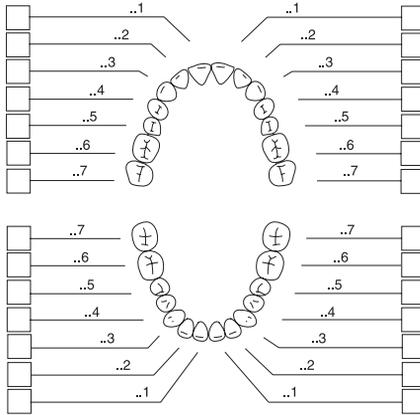
## Traitements bucco-dentaires

(à l'exception de ceux faisant suite aux examens de 6 et 12 ans)

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 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 obturée

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 souhaitable  Consultation spécialisée souhaitable

Conseils personnalisés :

Date du bilan :     
jour mois an

Signature et cachet du praticien :

### Attestation de fin de soins

(à remplir après réalisation des soins nécessaires) :

Date de fin de soins :     
jour mois an

Signature et cachet du praticien  
 ayant effectué les soins :

## Traitements bucco-dentaires

(à l'exception de ceux faisant suite aux examens de 6 et 12 ans)

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





## Hospitalisations complètes et hospitalisations de jour y compris les hospitalisations en période néonatale

Hospitalisé(e) du... au...	Commentaires succincts	Nom et cachet du service (mention obligatoire)



*N'oubliez pas d'apporter le carnet de santé à chaque hospitalisation.  
Avant la sortie du service, assurez-vous que le séjour a bien été inscrit par le médecin sur les pages réservées à cet effet.*



**SPÉCIMEN**



## Hospitalisations complètes et hospitalisations de jour y compris les hospitalisations en période néonatale

Hospitalisé(e) du... au...	Commentaires succincts	Nom et cachet du service (mention obligatoire)

## Traitements par produits sanguins

Date	Nature du produit	Dose	Commentaires	Cachet et signature

### En cas de traitement régulier par des produits sanguins :

Nom du site transfusionnel habituel : .....

Médecin référent du site transfusionnel : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**SPÉCIMEN**

Nom: .....

Prénom: ..... Né(e) le : | jour | mois | an |

## Examens radiologiques



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

SPÉCIMEN



# Vaccinations

*Les vaccinations constituent un moyen essentiel pour protéger votre enfant contre la survenue de maladies infectieuses, et évitent la propagation de celles-ci.*

*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 vaccinal (pages 88, 89).\**

**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 de vaccinations indiqué, il n'est pas nécessaire de recommencer tout le programme des vaccinations imposant des injections répétées. Il suffit de reprendre ce programme au stade où il a été interrompu et de compléter la vaccination en réalisant le nombre d'injections requis en fonction de l'âge.*

\* Publié dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 29-30/2005.  
Les mises à jour régulières sont disponibles sur le site du ministère de la santé ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)).

# Calendrier des vaccinations 2005

## Tableau synoptique\*

Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France

VACCINS										
Âge	BCG	Diphtérie Tétanos	Poliomyélite <sup>1</sup>	Coqueluche	Hib	Hépatite B	Pneumo	Rougeole Oreillons Rubéole	Grippe	
<b>Naissance</b>	BCC <sup>2</sup>					Hep B <sup>3</sup>				
<b>2 mois</b>	BCC <sup>2</sup>	DT	Polio	Ce/Ca <sup>4</sup>	Hib	Hep B <sup>5</sup>	Pn7 <sup>6</sup>			
<b>3 mois</b>		DT	Polio	Ce/Ca <sup>4</sup>	Hib		Pn7 <sup>6</sup>			
<b>4 mois</b>		DT	Polio	Ce/Ca <sup>4</sup>	Hib	Hep B <sup>5</sup>	Pn7 <sup>6</sup>			
<b>9 mois</b>								Rougeole Oreillons Rubéole <sup>7</sup>		
<b>12 mois</b>								Rougeole Oreillons Rubéole <sup>8</sup>		
<b>16-18 mois</b>			DT	Polio	Ce/Ca <sup>10</sup>	Hib	Hep B <sup>5</sup>	Pn7 <sup>6</sup>	Rougeole Oreillons Rubéole <sup>9</sup>	
<b>24 mois</b>							Pn23 <sup>19</sup>	Rougeole Oreillons Rubéole <sup>14</sup>	Grippe <sup>9</sup>	
<b>&lt; 6 ans</b>										
<b>6 ans</b>		DT <sup>11</sup>	Polio							
<b>11-13 ans</b>		DT	Polio	Ca <sup>12</sup>		Hep B <sup>13</sup>				
<b>16-18 ans</b>		DT <sup>11</sup>	Polio					Rougeole Oreillons Rubéole <sup>15</sup>		
<b>18-25 ans</b>		dT <sup>16 17</sup>	Polio <sup>16</sup>	Ca <sup>18</sup>				Rubéole <sup>20</sup>		
<b>&gt; 25 ans</b>										
<b>&gt; 65 ans</b>		dT <sup>16 17</sup>	Polio <sup>16</sup>						Grippe <sup>21</sup>	

### LÉGENDE DU TABLEAU

Les vaccins indiqués sur fond gris existent sous forme combinée :

- Diphtérie, tétanos, coqueluche corps bactériens entiers, polio ;
  - Diphtérie (titrage adulte), tétanos, polio ;
  - Diphtérie, tétanos, polio, plus coquelucheux acellulaire ;
  - Diphtérie (titrage adulte), tétanos, polio, plus coquelucheux acellulaire ;
  - Diphtérie, tétanos, polio, plus coquelucheux acellulaire, plus Hib ;
  - Diphtérie, tétanos, polio, plus coquelucheux acellulaire, plus Hib, plus Hépatite B.
- Les vaccins indiqués en italique ne sont proposés que pour des risques spécifiques.

\*Publié dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 29-30/2005.

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

- 1 - Le vaccin poliomyélitique inactivé est le seul utilisé pour les primo-vaccinations et les rappels.
- 2 - La vaccination BCG précoce est réservée aux enfants vivant dans un milieu à risque. La vaccination BCG est obligatoire à l'entrée en collectivité, incluant la garde par une assistante maternelle. Il n'est pas nécessaire de contrôler les réactions tuberculiques après vaccination.
- 3 - A la naissance pour les enfants nés de mère Ag HBs positif : vaccination dans les 24 heures qui suivent la naissance et immunoglobulines anti-HBs administrées simultanément en des points différents. Deuxième et troisième dose respectivement à 1 et 6 mois. Contrôle sérologique entre 7 et 12 mois.
- 4 - La vaccination peut être pratiquée indifféremment avec le vaccin coquelucheux à germes entiers (Ce) ou le vaccin acellulaire (Ca).
- 5 - La vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour tous les enfants avant 13 ans, en privilégiant la vaccination du nourrisson.
- 6 - La vaccination par le vaccin pneumococcique heptavalent conjugué (Pn7) est fortement recommandée à partir de 2 mois, pour les enfants présentant une pathologie les exposant à un risque élevé d'infection invasive à pneumocoque. La vaccination par le vaccin anti-pneumococcique heptavalent conjugué est également recommandée pour les enfants âgés de moins de 2 ans, exposés à un ou des facteur(s) de risque lié(s) au mode de vie, identifiés dans la littérature : enfant gardé plus de quatre heures par semaine en compagnie de plus de deux enfants en dehors de la fratrie, enfant ayant reçu moins de deux mois d'allaitement maternel, enfant appartenant à une fratrie d'au moins trois enfants (d'âge pré-scolaire).
- 7 - Vaccin combiné contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Pour les nourrissons entrant en collectivité avant 12 mois, il est recommandé d'administrer dès l'âge de 9 mois le vaccin contre la rougeole-oreillons-rubéole. Dans ce cas, la deuxième dose est recommandée entre 12 et 15 mois et suffit. Si le vaccin monovalent rougeoleux a été utilisé à 9 mois, l'enfant devra recevoir deux injections de vaccin trivalent à au moins un mois d'intervalle à partir de 12 mois.
- 8 - La vaccination complète comprend deux doses, première dose à 12 mois, deuxième dose au moins un mois après la première, si possible avant l'âge de 24 mois.
- 9 - Pour les enfants à partir de 6 mois, les adolescents et les adultes, s'ils sont atteints de pathologies spécifiques (voir détails en 4.3 du calendrier complet) ou dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique (essentiellement pour syndrome de Kawasaki compliqué et arthrite chronique juvénile).
- 10 - La vaccination peut être pratiquée indifféremment avec le vaccin coquelucheux à germes entiers (Ce) ou le vaccin acellulaire (Ca).
- 11 - En cas de pénurie de DT Polio, le vaccin contenant une dose réduite d'anatoxine diphtérique (dTPolio) peut être utilisé à partir de l'âge de 6 ans.
- 12 - A cet âge, le vaccin coquelucheux acellulaire doit être utilisé.
- 13 - Si la vaccination contre l'hépatite B n'a pas été pratiquée dans l'enfance : un schéma complet en trois injections, les deux premières à un mois d'intervalle, la troisième 5 à 12 mois après la date de la deuxième injection.
- 14 - Deux doses de vaccin triple associé rougeole, oreillons, rubéole à au moins un mois d'intervalle sont recommandées pour tous les enfants n'en ayant pas bénéficié, quels que soient leur antécédents vis-à-vis des trois maladies.
- 15 - Une dose de vaccin trivalent pour les personnes de 13 à 25 ans n'ayant pas été vaccinées contre la rougeole auparavant.
- 16 - A renouveler tous les 10 ans.
- 17 - A partir de 18 ans, on effectue le vaccin diphtérique contenant une dose réduite d'anatoxine diphtérique (dTPolio).
- 18 - Pour certains professionnels de santé et les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou les années à venir, et n'ayant pas reçu de vaccination coquelucheuse au cours des dix dernières années, un rappel de vaccination coquelucheuse acellulaire est recommandé.
- 19 - Chez l'enfant de plus de 2 ans et l'adulte, la vaccination anti-pneumococcique avec le vaccin polysidique 23 valent (Pn 23) est recommandée, tous les 5 ans, pour les sujets splénectomisés, les drépanocytaires homozygotes, les patients atteints de syndrome néphrotique, les insuffisants respiratoires, les patients alcooliques avec hépatopathie chronique, les insuffisants cardiaques et les sujets ayant des antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque.
- 20 - La vaccination contre la rubéole est recommandée pour les jeunes femmes en âge de procréer non vaccinées, par exemple lors d'une visite de contraception ou pré-nuptiale. Si la sérologie prénatale est négative ou inconnue, la vaccination devra être pratiquée immédiatement après l'accouchement, de préférence avant la sortie de la maternité ou à défaut au plus tôt après la sortie.
- 21 - Tous les ans.

Nom : .....

Prénom : ..... Né(e) le : 

jour	mois	an
------	------	----



## Vaccination antituberculeuse : B.C.G.

Date	Intradermoréaction prévaccinale à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat <i>En mm d'induration</i>	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

Date	Vaccin	Dose	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

## Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (*pertussis*), *l'Haemophilus influenzae b\**

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

\* En cas d'utilisation d'un vaccin hexavalent, inscrire la valence hépatite B page 92.

# Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (*pertussis*), l'*Haemophilus influenzae b*\*

## Rappels

Le 1<sup>er</sup> rappel est effectué à l'âge de 16-18 mois, tous les cinq ans jusqu'à l'âge de 16-18 ans, puis tous les 10 ans.\*\*

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

\* en cas d'utilisation d'un vaccin hexavalent, inscrire la valence hépatique B page 92

\*\* voir calendrier vaccinal page 88



**Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose (BCG) sont obligatoires. Un certificat de vaccination vous sera demandé lors de l'entrée de votre enfant dans une collectivité (crèche, école...).**

**La photocopie de cette double page a valeur de certificat de vaccination.**



Nom : .....

Prénom : ..... Né(e) le : | jour | mois | an |

N°12595\*01

**Certificat de vaccination n°2**

## Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

## Vaccination contre l'hépatite B\*

Date	Vaccin, dose	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

\*Une vaccination par vaccin hexavalent doit être reportée ici pour la valence hépatite B.

**SPÉCIMEN**

## Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole\* (*measles, mumps, rubella*)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

## Autres vaccinations

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

\*Lorsqu'un enfant de 6 à 8 mois a été en contact avec un cas de rougeole, la vaccination par un vaccin monovalent est recommandée dans les 72 heures. Inscrire celle-ci dans « autres vaccinations ».



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

Inscrivez dans ce tableau 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 clinique	Maladie	Sérologie éventuelle		Signature et identification du médecin (nom, cachet)
		Date	Résultat	

SPÉCIMEN

## Maladies contagieuses et épidémiques

(à l'exception des maladies à prévention vaccinale qui doivent figurer dans le tableau ci-contre)

Date	Maladie	Observations et complications	Signature et cachet du médecin (nom, cachet)

## Exploration lors d'un contage tuberculeux suspecté\*

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat <i>En mm d'induration</i>	Signature et identification du médecin (nom, cachet)

\* Cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou 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.

## **Numéros d'urgence**

**SAMU : 15**

**Numéro d'urgence européen : 112**

Art L. 2132-1 du Code de Santé Publique : Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil ; à défaut, il peut être demandé au service départemental de protection maternelle et infantile. Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus aux articles L. 2132-2 et L. 2132-2-1 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant. Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Ils doivent être informés que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.







**SPÉCIMEN**