

**MODÈLE DE CERTIFICAT D'AGGRAVATION**  
(Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

**ENTETE PRATICIEN**

Je soussigné(e), docteur .....  
chirurgien-dentiste, certifie avoir examiné le ..... à ..... H.....  
A (*lieu de l'examen*) .....  
M. Mme Mlle l'enfant ..... (Nom et prénom)  
Né(e) le (date en toutes lettres) .....  
(Eventuellement) Accompagné(e) de .....

**Faits rapportés par la personne (commémoratifs)**

Ce(s) dernier(s) m'a (m'ont) déclaré que: « Le ..... date)  
à ..... (heure) au ..... (lieu),  
..... ».

*Ou, en cas de nouvel examen après un certificat médical :*

Cet examen fait suite à l'examen initial que j'ai pratiqué le .....  
pour lequel ce(s) dernier(s) m'avait (ent) déclaré que : « Le ..... (date)  
à ..... (heure) au ..... lieu),  
..... ».

**Examen clinique**

J'ai constaté ce jour : .....  
- à l'examen exobuccal : .....  
- à l'examen endobuccal : .....  
- à l'examen radiographique : .....  
*+/- photographies et radiographies jointes référencées +/- examens complémentaires, moulages... + schéma dentaire actualisé*

**Les signes ressentis** par le patient sont : .....

**Etat antérieur**

L'état initial de la dent était (*seulement s'il s'agit d'un patient suivi régulièrement dans le cabinet dont l'état initial était connu*) (ou) au .....  
(*dernière date connue des soins dans le cabinet*), l'état était .....

**Aggravation**

Je constate une aggravation (*la décrire*) : .....

**Traitement**

A ce jour, le traitement consiste en (*si un traitement a été réalisé ce jour le préciser*) : .....  
Le coût de ce traitement est de .....  
*Si chiffrage possible.*

Certificat fait à .....  
le ..... (*date en toute lettre*)  
et remis en mains propres à ....., pour faire valoir ce que de droit.

**SIGNATURE ET TAMPON DU CHIRURGIEN-DENTISTE**