

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL
(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)

Cette dernière m'a déclaré que: « Le date) à H..... (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 + schéma dentaire actualisé +...*

Les signes ressentis par le patient sont :

Etat antérieur (si connu)

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

Traitement

Ce jour, le traitement consiste en (*si un traitement a été réalisé ce jour le préciser*) :
.....

Evolution

L'évolution possible ou prévisible et les traitements envisagés ou potentiellement prévisibles :
.....
A noter - Toutes les réserves d'usage doivent être formulées (voir note).

Le coût actuel des traitements est de :
Si chiffrage possible.

La situation actuelle est transitoire et le dossier pourra être ré-ouvert en cas de complications.

Risque de Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)
Le cas échéant (voir note).

Incapacité totale de travail (ITT)
Le cas échéant (voir note).

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