

MODÈLE DE CERTIFICAT MEDICAL INITIAL
(Proposé à titre d'exemple, téléchargeable sur le site de l'ONCD)

ENTETE PRATICIEN

Je soussigné(e), docteur ,
chirurgien.ne-dentiste, certifie avoir examiné le (date)..... à.....heures ,
A (lieu de l'examen) ,
M. / Mme / 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..... heures..... (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)

(éléments antérieurs susceptibles d'être en relation avec les faits exposés, seulement s'il s'agit d'un.e patient.e suivi.e régulièrement dans le cabinet)

L'état de la dent était..... 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).....
Facultatif (voir note).

L'Incapacité totale de travail (ITT) est de
L'évaluation de l'ITT est facultative. Si le/la chirurgien.ne-dentiste ne peut précisément la chiffrer, il peut ne pas remplir cette case (voir note)
L'incapacité ne concerne pas le travail au sens habituel du mot, mais la durée de la gêne notable dans les activités quotidiennes et usuelles de la victime notamment : manger, dormir, se laver, s'habiller, sortir pour faire ses courses, se déplacer, jouer (pour un enfant).

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/DE LA CHIRURGIEN.NE-DENTISTE