

**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.

**Le Risque de Déficit Fonctionnel Permanent (DFP)** est de .....  
*Le cas échéant (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.*

*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**