Modèle de Certificat Médical Initial

Nota bene : *Ce modèle de CMI proposé à titre d'exemple, a été voulu le plus complet possible. Il est téléchargeable sur le site de l'ONCD. Il convient de le compléter avec les éléments dont vous disposez suite à l'examen clinique de la personne. Si vous ne disposez pas des éléments nécessaires, ou si vous ne savez pas comment le faire, vous n'êtes en aucun cas obligé de remplir tous les item (ce peut être le cas, par exemple, pour l'ITT ou le DFP). L'important est de reporter les constats effectués au cours de l'examen clinique.*

ENTÊTE PRATICIEN

Je soussigné(e), docteur ..... ,

Chirurgien-dentiste, certifie avoir examiné le *(date)* ....., 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 ……. Heures.....

Au (lieu)..... ,

.....

……

……

……

……

……

……».

Examen clinique

J'ai constaté ce jour : .....

- à l'examen exobuccal : ..... ……

……

……

……...

……

- à l'examen endobuccal : ..... ……

……

……

……

……

……

……

……

- à l'examen radiographique : ..... .

……

……

……

……

……

……

……

(Joindre +/- photographies et radiographies 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, ***si et seulement s'il*** *s'agit d'une personne* ***suivie*** *dans le cabinet et* ***examinée récemment****)*

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

Noter 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. +/-joindre un devis)

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)

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