



# CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

docuDent.fr

Je soussigné(e) docteur chirurgien-dentiste à  
certifie avoir examiné le à heure

M. Mme. Melle. l'enfant : Né(e) le :

qui m'a déclaré avoir été victime d'un accident le :

Le patient se plaint de :

J'ai constaté lors de mon examen clinique :

- exobuccal :

- endobuccal :

- radiographique :

Traitement  
réalisé ce jour :

Je formule toutes les réserves d'usage concernant l'état actuel, le devenir, le traitement des dents traumatisées, de leurs voisines et de leurs antagonistes tant au niveau de la vitalité pulpaire, de l'édification radiculaire ainsi que des éventuelles séquelles fonctionnelles ou esthétiques pouvant en découler ultérieurement.

Toute complication précoce ou future pourra entraîner une réévaluation du traitement.

Le patient est notamment averti de la nécessité d'une surveillance clinique et radiologique régulière dont la fréquence lui a été indiquée en fonction de nos constatations de ce jour.

Ce certificat a été établi à le

et remis en mains-propres à  
à sa demande et pour faire valoir ce que de droit.

Signature et cachet