



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

MODELE DE CERTIFICAT D'AGGRAVATION

Nota bene : Ce modèle de certificat d'aggravation, 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 items. 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 heure(s)
À (lieu de l'examen)
M. Mme Mlle l'enfant (nom et prénom)
Né(e) le (date en toutes lettres)
(Éventuellement) accompagné(e) de

Faits rapportés par la personne (commémoratifs)

Cette dernière m'a déclaré que : « Le (date) à heure(s)
à (lieu)
..... »

OU (si cet examen fait suite à l'établissement d'un précédent certificat médical par le même praticien)

Cet examen fait suite à l'examen initial que j'ai pratiqué le (date) :
pour lequel cette dernière m'avait déclaré que : « Le (date) à heure(s)
à (lieu)
..... ».

Examen clinique

J'ai constaté ce jour :
- à l'examen exo buccal :
.....
.....
- à l'examen endo buccal :
.....
.....
- à l'examen radiographique :
.....
.....

(Joindre +/- photographies et radiographies référencées + schéma dentaire actualisé +...)

