

FICHE MEDICALE DE CONCERTATION

Date de concertation :

Etablissement :		FINESS :	N° OGC :
N° Champ :	Libellé du champ de contrôle :		
Document couvert par le secret médical Ne peut pas être produit aux services administratifs de l'établissement et des organismes de sécurité sociale			
Nom du praticien-conseil :		Nom du médecin DIM :	

NOM et SIGNATURE du MEDECIN RESPONSABLE du CONTRÔLE

NOM(S) et SIGNATURE(S) du (des) MEDECIN(S) CONTROLEUR(S) ayant réalisé la concertation

NOM et SIGNATURE du MEDECIN du DIM

Atteste avoir pris connaissance des éléments du dossier y compris ceux couverts par le secret médical et des arguments soutenus par les médecins contrôleurs et avoir eu l'opportunité d'en débattre contradictoirement