Mandat médical CII du SMR RHÔNE

**Nom**  :       **Prénom** :

**Adresse** :

**NSS** : 756.

**Type de prestations**

Avis médical CII / Récolte préalable d’informations (hors TRO ou Assessment)  
Heures de travail effectuées :

Assessment, y compris récolte préalable d’informations (forfait)

Examen médical (forfait)

**Questions du coordinateur CII :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Rapport succinct du médecin SMR** (médecins contactés, dates des contacts ; réponses, commentaires et conclusions)

Dr       Date :

**Demande d’examen clinique interne CII**

**TYPE DE DEMANDE**

A organiser par le secrétariat SMR puis facturer à la CII :

Examen clinique SMR Rhumatologie

Examen clinique SMR Chirurgie orthopédique

Examen clinique SMR Médecine physique et réhabilitation

Examen clinique SMR Psychiatrie

A organiser et financer directement par la CII :

Autre(s) :

**COMMENTAIRES :**