

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

convenzionato /a con questa Azienda USL, visto il Nomenclatore tariffario delle prestazioni aggiuntive di cui all'Accordo Regionale in attuazione dell'A.C.N. approvato con delibera di giunta regionale n. 1398 del 09/10/2006,

dichiara

che il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature per effettuare le seguenti prestazioni:

(A) Prestazioni eseguibili senza notificazione preventiva all'Azienda		(B) Prestazioni eseguibili con notificazione preventiva all'Azienda		(C) Altre prestazioni aggiuntive ex ACR	
A1	PRIMA MEDICAZIONE SU FERITA NON PRECEDENTEMENTE MEDICATA [€. 15]	B 1	CICLO FLEBOCLISI - PER CIASCUNA FLEBO [€. 12]	C1	ENDOVENA URGENTE [€. 7,5]
A2	SUTURA DI FERITA SUPERFICIALE CON FILO E MEDICAZIONE [€. 15]	B 2	FLEBOCLISI FERRO - PER CIASCUNA FLEBO [€. 14]	C2	COURETTAGE ESCARA NECROTICA [€. 25]
A3	SUCCESSIVE MEDICAZIONI [€. 8]	E 13	TERAPIA PARENTERALE CON FERRO ESEGUITA IN COLLABORAZIONE CON IL PERSONALE INFERMIERISTICO [€. 10]	C3	LETTURA ECG (PROGETTO AZIENDALE) (SOLO PROGETTO CRONICITA') [€. 10]
A4	RIMOZIONE DI PUNTI DI SUTURA E MEDICAZIONE [€. 15]	B 3	CICLO CURATIVO DI INIEZIONI ENDOVENOSE (PER OGNI INIEZIONE) [€. 8]	C4	LETTURA ECG COMPRENSIVA DELL'ESAME (PROGETTO AZIENDALE) (SOLO PROGETTO CRONICITA') [€. 14]
A5	CATERETERISMO URETRALE UOMO [€. 10]	B3 bis	CICLO AEROSOL O INALAZIONI CALDO-UMIDE - STUDIO PROFESSIONALE MEDICO DOTAZIONE IMPIANTI FISSI (PER PRESTAZIONE SINGOLA [€. 1,23])	C5	INFILTRAZIONE INTRARTICOLARE [€. 24]
A6	CATERETERISMO URETRALE DONNA [€. 4]	B4	VACCINAZIONI NON OBBLIGATORIE (CAMPAGNA PREVENTIVA REGIONALE/AZIENDALE):	C6	TORACENTESI [€. 70]
A7	TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE [€. 7]	B4 a)	INFLUENZA ANNUALE (DOTAZIONE FRIGORIFERO) [€. 7,5]	C7	PARACENTESI [€. 60]
A8	FLEBOCLISI (UNICA ESEGUIBILE URGENTE) [€. 15]	B4 b)	PNEUMOCOCCICA - QUINQUENNALE - (DOTAZIONE FRIGORIFERO) [€. 7,5]	C8	APPLICAZIONE BENDAGGIO DI CONTENIMENTO IN CASO DI DISTORSIONI O FRATTURE (ESCLUSO MATERIALE SE NON IN DOTAZIONE AL NCP) [€. 10]
A9	LAVANDA GASTRICA [€. 12,32]	B4 c)	ALTRI VACCINI (EPATITE, H.ZOOSTER, ECC.) [€. 7,5]	C9	ARTROCENTESI O EVACUAZIONE EMATOMA [€. 20]
A10	INIEZIONE DI GAMMAGLOBULINE O VACCINO ANTITETANICO [€. 7,5]			C10	POSIZIONAMENTO SONDINO NASO GASTRICO [€. 20]
A11	INIEZIONE SOTTOCUTANEA DESENSIBILIZZANTE (DOTAZIONE FRIGORIFERO) [€. 12]			C11	RIMOZIONE APPARECCHIO GESSATO O BENDAGGIO CONTENITIVO [€. 20]
A12	TAMPONE FARINGEO [€. 0,64]			C12	ECOGRAFIA GENERALISTA (PROGETTO AZIENDALE) - STRUMENTARIO AZIENDALE (NON ESISTE PROGETTO AZIENDALE) [€. 40]
				C13	ECOGRAFIA GENERALISTA (PROGETTO AZIENDALE) - STRUMENTARIO DEL MEDICO [€. 61] (NON ESISTE PROGETTO AZIENDALE)
				C14	HOLTER PRESSORIO (PROGETTO AZIENDALE) - STRUMENTARIO AZIENDALE [€. 40] (NON ESISTE PROGETTO AZIENDALE)
				C15	HOLTER PRESSORIO (PROGETTO AZIENDALE) - STRUMENTARIO DEL MEDICO [€. 62] (NON ESISTE PROGETTO AZIENDALE)
				C16	SUTURA FERITA SUPERFICIALE CON CEROTTAZIONE [€. 5]
				C17	EMOTRASFUSIONE ASSISTENZA + PROVE CROCIATE (ADI) [€. 140]
				C18	ALBUMINA (PIANO TERAPEUTICO AIFA) [€. 60]
				C19	OTOSCOPIA E IRRIGAZIONE ORECCHIO CON RIMOZIONE DI CERUME (SOLO PRESSO NCP E CASE DELLA SALUTE) [€. 13,69]
				C20	INCISIONE DI ASCESSE (SOLO PRESSO NCP E CASE DELLA SALUTE) [€. 11,88]
				E 14	PRESA IN CARICO PZ. CRONICO COMPLESSO [€. 50]
				E 15	CONTROLLI SUCCESSIVI (ANNUALI) [€. 30]
				E 16	SPIROMETRIA [€. 10] (SOLO PROGETTO CRONICITA')

In fede

(data)

(timbro e firma)