



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE D'AOSTA

11100 AOSTA - VIA GUIDO REY, 1 - TEL. 0165 544454

SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE FOGLIO FIRMA PRESENZE

SEDE DI _____

MESE E ANNO _____

GG.	NOMINATIVO DEL MEDICO IN TURNO (in stampatello)	DIURNO		NOMINATIVO DEL MEDICO IN TURNO (in stampatello)	NOTTURNO
		8,00/10,00 -14,00	14,00 -20,00		20,00 -8,00
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

firma del referente distrettuale di C.A.

IL PRESENTEFOGLIO FIRME DEVE ESSERE RESTITUITO - ENTRO IL GIORNO 5 DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO - ALL'UFFICIO

CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI - DELLA DIREZIONE DI AREA TERRITORIALE - ANCHE VIA FAX 0165 544565 DA PARTE DEL REFERENTE DISTRETTUALE



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE D'AOSTA
11100 AOSTA - VIA GUIDO REY, 1 - TEL. 0165 544454

**SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
PROSPETTO MENSILE DI LIQUIDAZIONE**

DOTTORE

SEDE DI _____

MESE E ANNO _____

GG.MESE	TURNO DI 6 ORE	PREFESTIVO 10 ORE	TURNO DI 12 ORE		ORE AGGIUNTIVE
	DIURNO	DIURNO	DIURNO	NOTTURNO	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
TOTALE					

IL DIRETTORE DI DISTRETTO

IL MEDICO (timbro e firma)

IL PRESENTE PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE PARTI E CONSEGNATO - ENTRO IL GIORNO 5
DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO - ALL'UFFICIO CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI - DELLA DIREZIONE DI AREA
TERRITORIALE - ANCHE VIA FAX 0165 544565

Sede: _____

Dott. _____

Mese: _____

Anno: _____

Prestazioni Ambulatoriali



**SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE AI
CITTADINI NON ISCRITTI AL SSR**

RENDICONTAZIONE DELLE QUIETANZE RILASCIATA ALL'UTENTE

relative al mese di _____

DISTINTE DI VERSAMENTO	NUMERO	IMPORTO
ATTO RIPETITIVO euro 10,00		

VISITA AMBULATORIALE euro 25,00		
------------------------------------	--	--

VISITA DOMICILIARE euro 50,00		
----------------------------------	--	--

TOTALE EURO	
--------------------	--

QUIETANZE NON PAGATE AL MEDICO		
ATTO RIPETITIVO euro 10,00		

VISITA AMBULATORIALE euro 25,00		
------------------------------------	--	--

VISITA DOMICILIARE euro 50,00		
----------------------------------	--	--

TOTALE EURO	
--------------------	--

data _____

_____ (firma e timbro)

Allegate al presente prospetto:

- a) le distinte di versamento rilasciate dalla tesoreria dell'Azienda USL
- B) le quietanze rilasciate all'utente



**SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE AI
CITTADINI NON ISCRITTI AL SSR**

RENDICONTAZIONE DELLE QUIETANZE RILASCIATA ALL'UTENTE

Io sottoscritto Dott. _____ cod.regionale _____

in qualità di medico convenzionato di Continuità assistenziale

DICHIARO

di **NON AVER EROGATO** visite occasionali di cui all'art. 7 della DGR 359/2016

nel corso del mese di _____.

Data _____

(firma e timbro)

Il prospetto dovrà essere restituito - **entro il giorno 5 del mese successivo a quello di riferimento** -
all'Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali della Direzione di Area Territoriale, anche via fax **0165-544565**



MEDICO del ruolo unico di ASSISTENZA PRIMARIA
a ciclo di scelte/attività oraria

PROSPETTO LIQUIDAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE di cui all'Allegato 6 Dell'A.C.N. n. 51 del 4 aprile 2024		<i>mese e anno di riferimento</i>	
DOTT. _____		Codice medico _____	
PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE		CODICE PRESTAZIONE	N. PRESTAZIONI ESEGUITE NEL MESE
1)	Rimozione di punta di sutura e medicazione	05040	
2)	Cateterismo uretrale nell'uomo	05045	
3)	Cateterismo uretrale nella donna	05050	
4)	Tamponamento nasale anteriore	05055	
5)	Fleboclisi (unica: eseguibile in caso di urgenza)	05060	
6)	Lavanda gastrica	05555	
7)	Iniezioni di gammaglobuline o vaccinazione antitetanica	05065	
8)	Iniezione sottocutanea desensibilizzante (*)	05070	
9)	Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico (solo su pazienti non ambulabili)	05057	
10)	Visite occasionali ambulatoriali (solo per cittadini stranieri)	00519	
11)	Visite domiciliari (solo per cittadini stranieri)	00518	
PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE			
1)	Ciclo di fleboclisi (per ogni fleboclisi)	05075	
2)	Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	05080	
3)	Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per singola prestazione) (**)	05067	
4)	Vaccinazioni non obbligatorie (***)	05090	
ART. 5 ACCORDO REGIONALE (DGR n. 929 del 22 aprile 2011)			
1)	Prima medicazione su ferita non precedentemente medicata	05025	
2)	Medicazione successiva	05035	
3)	Sutura di ferita superficiale con filo	05030	
ART. 3 ACCORDO REGIONALE (DGR n. 1631 del 12 dicembre 2025)			
1)	Tamponi Streptococco A	05627	

* Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero

** Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi

*** Esegibile con autorizzazione complessiva nell'ambito di programmi di vaccinazione disposti in sede regionale o di USL. per la conservazione del vaccino, che è fornito dall' Azienda U.S.L. , lo studio deve essere dotato di frigorifero.

data, _____

(firma e timbro del medico)

N.B. La presente distinta di liquidazione dovrà pervenire - entro il 15 del mese successivo a quello di riferimento -
email:convenzioninazionali@ausl.vda.it - correlata dalle rispettive SCHEDA ASSISTITO debitamente compilata e firmata



PRESTAZIONI AGGIUNTIVE - SCHEDA ASSISTITO

di cui all' A.C.N. n. 51 del 4 aprile 2024
art. 5 AIR 929/2011 e art. 3 AIR 1631/2025

Il Dott. _____

Dichiara di aver prestato in data _____

All'assistito _____

Domiciliato a _____

Via _____

barrare la casella interessata:

DOMICILIO

STRUTTURA

AMBULATORIO

La seguente prestazione:

Data _____

Firma e timbro del medico

Per ricevuta della prestazione sopra indicata

Data _____

Firma dell'assistito



PRESTAZIONI AGGIUNTIVE - SCHEDA ASSISTITO

di cui all' A.C.N. n. 51 del 4 aprile 2024
art. 5 AIR 929/2011 e art. 3 AIR 1631/2025

Il Dott. _____

Dichiara di aver prestato in data _____

All'assistito _____

Domiciliato a _____

Via _____

barrare la casella interessata:

DOMICILIO

STRUTTURA

AMBULATORIO

La seguente prestazione:

Data _____

Firma e timbro del medico

Per ricevuta della prestazione sopra indicata

Data _____

Firma dell'assistito

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE N.69 . DEL 11 GEN. 2017

REGISTRO RIFORNIMENTI

TARGA MEZZO

STRUTTURA COMPETENTE

(*) ACCESSORI: SPECIFICARE (SPAZZOLE, LIQUIDO LAVAVETRI, LAMPADINE, ECC.)

FIRMA DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA