



**AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO**  
*AIR 1160 del 23 settembre 2024*

**Attivo solo nei giorni feriali**  
**Dal Lunedì al Venerdì 16-20**  
**Sabato 08-12**

**Casa di Comunità** \_\_\_\_\_

**MESE E ANNO** \_\_\_\_\_

<b>GG.MESE</b>	<b>TURNO da 4 ore</b>	
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		

**IL DIRETTORE DI DISTRETTO**

**FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO**

IL PRESENTE PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE DEVE ESSERE TRASMESSO ENTRO IL GIORNO 5 DEL MESE SUCCESSIVO A QUELLO DI RIFERIMENTO ALL'UFFICIO CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI – (VIA MAIL [Aconvenzioninazionali@ausl.vda.it](mailto:Aconvenzioninazionali@ausl.vda.it))

**AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO***AIR 1160 del 23 settembre 2024***RENDICONTAZIONE DELLE QUIETANZE RILASCIATA ALL'UTENTE**

relative al mese di \_\_\_\_\_

DISTINTE DI VERSAMENTO	NUMERO	IMPORTO
<b>ATTO RIPETITIVO</b> euro 10,00		

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

<b>TOTALE EURO</b>	
--------------------	--

QUIETANZE NON PAGATE AL MEDICO		
<b>ATTO RIPETITIVO</b> euro 10,00		

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

<b>TOTALE EURO</b>	
--------------------	--

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**



**AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO**

**AIR 1160 del 23 settembre 2024**

**RENDICONTAZIONE DELLE QUIETANZE RILASCIATA ALL'UTENTE**

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ cod.regionale \_\_\_\_\_

in qualità di medico convenzionato di Continuità assistenziale/ Medico di assistenza Primaria

**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 mail a [convenzioninazionali@ausl.vda.it](mailto:convenzioninazionali@ausl.vda.it)



**MEDICO del ruolo unico di ASSISTENZA PRIMARIA**  
**AMBULATORIO ACCESSO DIRETTO**  
**AIR 1160 del 23 settembre 2024**

<b>PROSPETTO LIQUIDAZIONE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE di cui all'Allegato 6 Dell'A.C.N. n. 51 del 4 aprile 2024</b>		<i>mese e anno di riferimento</i>	
DOTT. _____		Codice medico _____	
<b>PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE</b>		<b>CODICE PRESTAZIONE</b>	<b>N. PRESTAZIONI ESEGUITE NEL MESE</b>
1)	Rimozione di punta di sutura e medicazione	05041	
2)	Cateterismo uretrale nell'uomo	05046	
3)	Cateterismo uretrale nella donna	05051	
4)	Tamponamento nasale anteriore	05056	
5)	Fleboclisi (unica: eseguibile in caso di urgenza)	05061	
6)	Lavanda gastrica	05556	
7)	Iniezioni di gammaglobuline o vaccinazione antitetanica	05066	
8)	Iniezione sottocutanea desensibilizzante (*)	05071	
9)	Tampone faringeo, prelievo per esame batteriologico ( solo su pazienti non ambulabili)	05058	
10)	Visite occasionali ambulatoriali (solo per cittadini stranieri)	00519	
<b>PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE</b>			
1)	Ciclo di fleboclisi (per ogni fleboclisi)	05076	
2)	Ciclo curativo di iniezioni endovenose (per ogni iniezione)	05081	
3)	Ciclo aerosol o inalazioni caldo-umide nello studio professionale del medico (per singola prestazione) (**)	05068	
4)	Vaccinazioni non obbligatorie (***)	05091	
<b>ART. 5 ACCORDO REGIONALE ( DGR n. 929 del 22 aprile 2011)</b>			
1)	Prima medicazione su ferita non precedentemente medicata	05026	
2)	Medicazione successiva	05036	
3)	Sutura di ferita superficiale con filo	05031	
<b>ART. 3 ACCORDO REGIONALE ( DGR n. 1631 del 12 dicembre 2025)</b>			
1)	Tamponi Streptococco A	<b>05630</b>	
*	Praticabile solo negli studi dotati di frigorifero		
**	Per l'esecuzione di tale prestazione lo studio del medico deve essere dotato di idonei impianti fissi		
***	Eseguibile 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)	
<b>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</b>			



## **PRESTAZIONI AGGIUNTIVE - SCHEDA ASSISTITICA**

di cui all' A.C.N. n. 51/2024  
AIR 1160 del 23 settembre 2024



## **PRESTAZIONI AGGIUNTIVE - SCHEDA ASSISTITO**

di cui all'A.C.N. n. 51/2022  
AIR 1160 del 23 settembre 2024

Ville d'Asie-Vallee d'Asie

Dichiara di aver prestato in data \_\_\_\_\_

All'assistito

Domiciliato a \_\_\_\_\_

barrare la casella interessata:

La seguente prestazione:

## **AMBULATORIO ACCESO DIRETTO**

卷之三

barcare la casella interessata:

La seguente prestazione:

\_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

Per ricevuta della prestazione sopra indicata

**Data** \_\_\_\_\_  
**Firma dell'assistito** \_\_\_\_\_

Per ricevuta della prestazione sopra indicata

Data \_\_\_\_\_  
Firma e timbro del medico

Firma e timbro del medico

## Data

---

Firma dell'assistito