

AL DIRETTORE DEL DISTRETTO SANITARIO

DI _____

Progetto Obiettivo Cure Primarie Pediatriche per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (AIR Calabria 2007 per la P.L.S.).

- Prestazioni diagnostiche aggiuntive -

Il sottoscritto dott. _____, pediatra convenzionato con codesta ASP, nel Comune di _____ dichiara di poter effettuare presso il proprio ambulatorio le prestazioni diagnostiche aggiuntive sotto indicate e previste nelle linee guida del Progetto Obiettivo Cure Primarie Pediatriche per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (AIR Calabria 2007 per la P.L.S.) e già contemplate nell'allegato B (lettera C) dell'Accordo Collettivo Nazionale. Dichiara inoltre che, a tal fine, il proprio studio è dotato delle necessarie attrezzature diagnostiche.

- Tampone faringeo (test rapido)
- PCR (test rapido)
- MicroVES (test rapido)
- Impedenzometria
- Otoscopia pneumatica
- Spirometria
- Prick test
- Ossimetria
- Conta leucocitaria
- Stick esame urine (test rapido)
- Podoscopia
- Scoliometria

_____, lì _____

Timbro e Firma