

PRESTAZIONI C.U.P. E REPARTO

| SPECIALITA' | PRESTAZIONE |
|-------------|-------------|
|-------------|-------------|

| Allergologia | |
|-------------------|---|
| Medicina Generale | VISITA ALLERGOLOGICA |
| | CONTROLLO ALLERGOLOGICO |
| Accettazione | PRICK TEST ALIMENTI/INALANTI (X PANEL 7 TEST O FRAZ.) |
| | PATCH TEST ALTRI ALLERGENI (X TEST - 20 TEST 1 PRESTAZ.) |
| | PRICK TEST/INTRADERMOREAZIONI ALTRI ALLERGENI (X PANEL 12 TEST O FRAZ.) |
| | IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA |
| | TEST ALLERGOLOGICI A RISCHIO |
| Accettazione MAC | |

| Analisi Chimico-cliniche | |
|--------------------------|--|
| T.A.O | VISITA TERAPIA ANTICOAGULANTE TAO |
| Emostasi e trombosi | VISITA EMOSTASI E TROMBOSI |
| | CONTROLLO EMOSTASI E TROMBOSI |
| Spermioγραμμα | *SPERMIOGRAMMA (PRENOTAZIONE) |
| Breath Test | BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13) |

| Anestesiologia / Rianimazione | |
|-------------------------------|--|
| Prenotazione | *VISITA ANESTESIOLOGICA (APPUNTAMENTO) |
| Accettazione | VISITA TERAPIA ANTALGICA |
| | VISITA ANESTESIOLOGICA |
| Accettazione MAC | INSERIMENTO PORT-A-CATH |
| | RIMOZIONE PORT-A-CATH |

| Cardiologia | | |
|-----------------------------|--|---|
| Normale | Creg Reparto | ELETTROCARDIOGRAMMA |
| Normale | Creg | HOLTER E.C.G. DINAMICO |
| Normale | Creg Reparto | E.C.G. PROVA DA SFORZO |
| AP | Controllo PrimoAccesso Creg Reparto | ECOCOLORDOPPLER CARDIACO |
| | Normale Creg Reparto | VISITA CARDIOLOGICA VISITA CARDIOLOGICA + ECG CONTROLLO CARDIOLOGICO CONTROLLO CARDIOL. + E.C.G. |
| Scompenso | | VISITA CARDIOLOGICA SCOMPENSO + E.C.G. |
| | | CONTROLLO CARDIOL. + E.C.G. SCOMPENSO CARDIOLOGICO |
| Follow Up Angioplastiche | | CONTROLLO CARDIOLOGICO + ECG AMBULATORIO FOLLOW-UP (REPARTO) |
| Riservato Antifumo | | VISITA CARDIOLOGICA CONTROLLO CARDIOLOGICO |
| Riservato Aritmologia | | VISITA CARDIOLOGICA + ECG |
| | | VISITA CARDIOLOGICA |
| | | CONTROLLO CARDIOLOGICO + ECG FOLLOW-UP (REPARTO) |
| | | ELETTROCARDIOGRAMMA TEST PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA (TILTING TEST) |
| FollowUP PaceMaker | | CONTROLLO PACE - MAKER PACESETTER CONTROLLO DEFIBRILLATORI |
| Riservato | | ECOCOLORDOPPLER CARDIACO A RIPOSO E DOPO STRESS |
| | | ECOGRAFIA CARDIACA SENZA E CON CONTRASTO ECOCARDIOGRAMMA ENDOESOFAGEO |
| Accettazione M.A.C. | | PACCHETTO RIABILITATIVO ALTRA PATOLOGIA CARDIOVASC. AD ALTA COMPLESSITÀ |
| | | PACCHETTO RIABILITATIVO ALTRA PATOLOGIA CARDIOVASC. A MEDIA COMPLESSITÀ. |
| | | PACCHETTO RIABILITATIVO ALTRA PATOLOGIA CARDIOVASC. A BASSA COMPLESSITÀ |
| | | PACCHETTO RIABILITATIVO POST CARDIOCHIRURGICO AD ALTA COMPLESSITÀ |
| | | PACCHETTO RIABILITATIVO POST CARDIOCHIRURGICO A MEDIA COMPLESSITÀ. |
| | | PACCHETTO RIABILITATIVO POST CARDIOCHIRURGICO A BASSA COMPLESSITÀ |
| | | PACCHETTO RIABILITATIVO POST INFARTUALE AD ALTA COMPLESSITÀ |
| | | PACCHETTO RIABILITATIVO POST INFARTUALE A MEDIA COMPLESSITÀ. |
| | | PACCHETTO RIABILITATIVO POST INFARTUALE A BASSA COMPLESSITÀ |
| | | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE |
| | | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE CON NECESSITA' MONITORAGGIO |
| | | STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO ALTRE MANOVRE COMPLESSE |

| Chirurgia Generale | |
|--------------------|---|
| Chirurgia Generale | VISITA CHIRURGICA |
| Epatiche | CONTROLLO CHIRURGICO |
| | VISITA CHIRURGICA EPATO / BILIO / PANCREATICA |

| | |
|--|--|
| Pancreatiche | CONTROLLO CHIRURGICO EPATO / BILIO / PANCREATICA |
| Angiologia | VISITA ANGIOLOGICA |
| | CONTROLLO ANGIOLOGICO |
| Chirurgia Toracica | VISITA CHIRURGIA TORACICA |
| | CONTROLLO CHIRURGIA TORACICA |
| Proctologia | VISITA PROCTOLOGICA |
| | CONTROLLO PROCTOLOGICA |
| Senologia | ANOSCOPIA |
| | VISITA SENOLOGICA |
| | CONTROLLO SENOLOGICO |
| | MEDICAZIONE |
| | CONTROLLO CHIRURGICO SENOLOGICO |
| | MEDICAZIONE CHIRURGIA SENOLOGICA |
| | *MEDICAZIONE POST - INTERVENTO |
| PRESTAZIONE SUCCESSIVA AL RICOVERO CH. SENOLOGICA | |
| Vulnologia | VISITA VULNOLOGICA |
| | CONTROLLO VULNOLOGICA |
| | MEDICAZIONE |
| | MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (< 25 CM) |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (25 - 80 CM) |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (> 80 CM) |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA PER INFEZIONE E PROFONDITA' |
| MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA PER LESIONE RECALCITRANTE | |
| Accettazione Chirurgia Plastica | VISITA CHIRURGIA PLASTICA |
| | CONTROLLO CHIRURGIA PLASTICA |
| Interventi | MEDICAZIONE CHIRURGIA PLASTICA |
| | PRESTAZIONE SUCCESSIVA |
| | *APPUNT. PER ASPORTAZIONE AMBUL. CHIRURGIA |
| | *APPUNT. PER ASPORTAZIONE AMBUL. CHIRURGIA 1 |
| | *APPUNT. PER ASPORTAZIONE AMBUL. CHIRURGIA 2 |
| | BIOPSIA MAMMELLA DESTRA |
| | BIOPSIA MAMMELLA SINISTRA |
| | ASPORTAZIONE LOCALE LESIONE MAMMELLA DESTRA |
| | ASPORTAZIONE LOCALE LESIONE MAMMELLA SINISTRA |
| | ASPORTAZIONE LOCALE LESIONE CUTE/SOTTOCUTE |
| | RIMOZIONE UNGHIA, MATRICE O PLICA UNGUEALE |
| | TRASFERIMENTO LEMBO PEDUNCOLATO MANO DESTRA |
| | TRASFERIMENTO LEMBO PEDUNCOLATO MANO SINISTRA |

| | |
|---|--|
| Ambulatoriali Chirurgici | INNESTO CUTANEO A PIENO SPESSORE MANO DESTRA |
| | INNESTO CUTANEO A PIENO SPESSORE MANO SINISTRA |
| | CAUTERIZZAZIONE/DIATERMOCOAG. LESIONE CUTE/SOTTOCUTE |
| | MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (< 25 CM) |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (25 - 80 CM) |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (> 80 CM) |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA PER INFEZIONE E PROFONDITA' |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA PER LESIONE RECALCITRANTE |
| | INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE |
| | VISITA UROLOGICA |
| | CONTROLLO UROLOGICO |
| | *CISTOSCOPIA (PRENOTAZIONE) |
| CISTOSCOPIA ESPLORATIVA | |
| CISTOSCOPIA CON ASPORTAZIONE LESIONE | |
| AGOBIOPSIA PROSTATICA | |
| ASPORTAZIONE DI CARUNCOLA URETRALE | |
| TAMPONE URETRALE | |
| *TAMPONE URETRALE CON MASSAGGIO PROSTATICO (PRENOTAZIONE) | |
| SOSTITUZIONE CATETERE | |
| AGOBIOPSIA PROSTATICA ECO-GUIDATA TRANSRETTALE | |
| AGOBIOPSIA PROSTATICA | |
| Normale | ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI |
| | ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI |
| | ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI SUPERIORI |
| | ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI SUPERIORI |
| Accettazione Chirurgia Ambulatoriali | LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE DESTRO |
| | LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE SINISTRO |
| | ALTRA ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO INFERIORE DESTRO |
| | ALTRA ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO INFERIORE SINISTRO |
| | LEGATURA DELLE VENE PERFORANTI DELL'ARTO INFERIORE DESTRO |
| | LEGATURA DELLE VENE PERFORANTI DELL'ARTO INFERIORE SINISTRO |
| | MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE DESTRO |
| | MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE SINISTRO |
| GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA PEG | |
| Accettazione | RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA |
| Proseguimento Cure | MEDICAZIONE |
| Pronto Soccorso | CONTROLLO CHIRURGICO |

| Dermatologia | |
|-------------------------------------|--|
| Dr.ssa Consonni Urgenze | VISITA DERMATOLOGICA |
| | CONTROLLO DERMATOLOGICO |
| | CRIOterapia AZOTO LIQUIDO |
| | MEDICAZIONE |
| | DIADERMOCOAGULAZIONE |
| | BIOPSIA CUTE/SOTTOCUTE |
| Dermatologia Oncologica | CAUTERIZZAZIONE/DIATERMOCOAG. LESIONE CUTE/SOTTOCUTE |
| | VISITA DERMATOLOGICA ONCOLOGICA |
| | CONTROLLO DERMATOLOGICO ONCOLOGICO |
| Ambulatorio Psoriasi | MEDICAZIONE |
| | VISITA DERMATOLOGICA PER PSORIASI |
| Videomicroscopia | CONTROLLO DERMATOLOGICO PER PSORIASI |
| | VIDEOMICROSCOPIA |
| Interventi e Medicazioni | *INTERVENTO A - DERMATOLOGIA 20 MINUTI |
| | *VALUTAZIONE PRE - INTERVENTO (REPARTO) |
| | *CONSEGNA REFERTI ISTOLOGICI (REPARTO) |
| | RIMOZIONE PUNTI SUTURA |
| | MEDICAZIONE |
| | MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA (< 25 CM) |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA PER INFEZIONE E PROFONDITA' |
| | MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA PER LESIONE RECALCITRANTE |

| Fisiatria | |
|--|--|
| Dr. Sellaroli Dr. Tavani Dr.ssa Dreossi | VISITA FISIATRICA |
| | VISITA FISIATRICA ADULTO NOTO |
| | VISITA FISIATRICA BAMBINO NOTO |
| | VISITA FISIATRICA BAMBINO |
| Dr. Sellaroli Dr. Tavani Dr.ssa Dreossi | CONTROLLO FISIATRICO |
| Accettazione | VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE |
| | VALUTAZIONE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI |
| | VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE GENERALE |
| | VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE SEGMENTARIA |
| | RIED. MOTORIA INDIV. MOTUL. GRAVE SEMPL. (X SEDUTA - 10 SED.1 CICLO) |
| | RIED. MOTORIA INDIV. MOTUL. SEGM. STRUM. (X SEDUTA - 10 SED.1 CICLO) |
| | RIED. MOTORIA INDIV. MOTUL. SEGM. SEMPL. (X SEDUTA - 10 SED.1 CICLO) |
| | MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI |
| | ESERCIZI RESPIRATORI INDIVIDUALI (X SEDUTA-10 SED. 1 CICLO) |
| | ESERCIZI POSTURALI PROPRIOCETTIVI INDIV. (X SEDUTA - 10 SED.1 CICLO) |
| | TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO (X SEDUTA-10 SED.1 CICLO) |
| | RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI |
| | MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO (SEDUTA) |
| | PRESSOTERAPIA (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | ELETTROSTIMOLAZIONE VISO (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | ELETTROSTIMOLAZIONE MANO DESTRA (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | ELETTROSTIMOLAZIONE MANO SINISTRA (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | ELETTROSTIMOLAZIONE ALTRI DISTRETTI (X SEDUTA -10 SED. 1 CICLO) |
| | MAGNETOTERAPIA (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI |
| | BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO |
| | TRAINING DISFASIA INDIVIDUALE (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | TERAPIA OCCUPAZIONALE INDIVIDUALE (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | TRAINING DISTURBI COGNITIVI INDIV. (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | DIAGNOSTICA DELLE AFASIE |
| | MESOTERAPIA (SEDUTA) |
| | T.E.N.S. ALTO VOLTAGGIO (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | ULTRASONOTERAPIA (X SEDUTA - 10 SED. 1 CICLO) |
| | TERAPIA ONDE D'URTO |
| | MASSOTERAPIA SOLVENTI |

| Gastroenterologia | |
|-------------------------------------|--|
| Gastroenterologia | VISITA GASTROENTEROLOGICA |
| | CONTROLLO GASTROENTEROLOGICO |
| Gastroenterologia | *GASTROSCOPIA (PRENOTAZIONE) |
| Normale | *COLONSCOPIA (PRENOTAZIONE) |
| Accettazione Diretta | GASTROSCOPIA CON POLIPECTOMIA O ALTRA ASPORTAZIONE |
| | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON LASERTERAPIA |
| | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA ESPLORATIVA |
| | ESOFAGOGASTRODIGIUNOSCOPIA CON BIOPSIA |
| | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA |
| | SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA |
| | ESOFAGOGASTRODIGIUNOSCOPIA CON DILATAZIONE |
| | ECOENDOSCOPIA SUPERIORE CON BIOPSIA |
| | ECOENDOSCOPIA SUPERIORE |
| | ECOENDOSCOPIA INFERIORE CON BIOPSIA |
| | ECOENDOSCOPIA INFERIORE |
| | ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS |
| | ECOENDOSCOPIA DEL PANCREAS CON BIOPSIA |
| | MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'ESOFAGO |
| | MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DELLO STOMACO |
| | MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON |
| | COLONSCOPIA ESPLORATIVA TOTALE |
| | COLONSCOPIA CON ILEOSCOPIA RETROGRADA |
| | COLONSCOPIA CON BIOPSIA |
| | COLONSCOPIA CON POLIPECTOMIA O ALTRA ASPORTAZIONE |
| | COLONSCOPIA CON DILATAZIONE |
| | SCLEROSI ENDOSCOPICA EMORROIDI |
| | RETTOSCOPIA CON POLIPECTOMIA O ALTRA ASPORTAZIONE |
| RETTOSCOPIA CON BIOPSIA | |
| RETTOSIGMOIDOSCOPIA ESPLORATIVA | |
| RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON DILATAZIONE | |
| DILATAZIONE GRADUALE DEL RETTO | |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Screening Accettazione | COLONSCOPIA CON BIOPSIA SCREENING |
| | COLONSCOPIA ESPLORATIVA TOTALE SCREENING |
| | COLONSCOPIA CON POLIPECTOMIA O ALTRA ASPORTAZIONE SCREENING |
| | COLONSCOPIA CON BIOPSIA SCREENING |
| | RETTOSIGMOIDOSCOPIA ESPLORATIVA SCREENING |
| | RETTOSCOPIA CON BIOPSIA SCREENING |
| | RETTOSCOPIA ESPLORATIVA SCREENING |
| | RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON BIOPSIA SCREENING |
| | RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON POLIPECTOMIA O ALTRA ASPORTAZIONE SCREENING |
| | COLONSCOPIA CON ILEOSCOPIA RETROGRADA SCREENING |
| | RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON POLIPECTOMIE MULTIPLE SCREENING |
| | COLONSCOPIA ESPLORATIVA PARZIALE SCREENING |
| | COLONSCOPIA CON POLIPECTOMIE MULTIPLE SCREENING |
| | MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON SCREENING |
| | MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA DEL COLON SCREENING |
| | INFUSIONE DI FARMACO SCREENING |
| | RETTOSIGMOIDOSCOPIA SCREENING |

| Ginecologia / Ostetricia | |
|---|---|
| Orari Punto Accoglienza: Lunedì-Venerdì 8.00-15.30 | |
| Ginecologia | II CONTROLLO GINECOLOGICO |
| pagamento del dispositivo IUD è in solvenza: JCASH | CONTROLLO GINECOLOGICO MENOPAUSA |
| altri incassi: Tariffario 40170, Prestazione 40173 Nexplanon | VISITA GINECOLOGICA |
| | VISITA GINECOLOGICA CON PRELIEVO CITOLOGICO |
| | VISITA GINECOLOGICA MENOPAUSA |
| | INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE |
| | INIEZIONE DI STEROIDI |
| | APPLICAZIONE DI I.U.D |
| | RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO |
| Amb. Misto (IV Piano) | VISITA GINECOLOGICA |
| | VISITA GINECOLOGICA CON PRELIEVO CITOLOGICO |
| | VISITA OSTETRICA |
| GRAVIDANZA FISIOLOGICA | CONTROLLO IN GRAVIDANZA |
| GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO | VISITA OSTETRICA |
| | ECO GINECOLOGICA PELVICA |
| Ecografie | ECOGRAFIA TRANSVAGINALE |
| Per eseguire le Eco pelviche la pz.deve venire a vescica piena | ECOCOLORDOPPLER GINECOLOGICA PELVICA |
| | ECO OVARICA |
| | ECO OSTETRICA |
| | ECO OSTETRICA MORFOLOGICA FETALE |
| Prelievi *TAMPONE MICROBIOLOGICO (PRENOTAZIONE) | |

| | |
|--|--|
| Colposcopia <small>L'esame si esegue possibilmente a metà ciclo se non si assume il contraccettivo; se si assume il contraccettivo: solo no mestruo. No rapporti 48 ore, no lavande ovuli. Portare ultimo pap-test</small> | *COLPOSCOPIA (PRENOTAZIONE) |
| | COLPOSCOPIA DIAGNOSTICA |
| | VULVOSCOPIA DIAGNOSTICA |
| | ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI |
| | BIOPSIA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA |
| | BIOPSIA DELLA VAGINA A GUIDA COLPOSCOPICA |
| | ASPORTAZIONE POLIPI CERVICO-UTERINI |
| Oncologia | CONTROLLO GIN. ONCOLOGICO |
| | VISITA GINECOLOGICA ONCOLOGICA |
| Partoanalgesia <small>Accesso Diretto, la donna dev'essere tra le 36^a e 38^a settimana</small> | VISITA ANESTESIOLOGICA |
| Isteroscopia e biopsia del corpo | BIOPSIA DEL CORPO UTERINO (VABRA) |
| | ISTEROSONOGRAFIA |
| AMNIOCENTESI | AMNIOCENTESI |
| VILLI CORIALI <small>solo per la gravidanza a rischio M50 e dopo aver effettuato il colloquio prenatale con l'ostetrica</small> | PRELIEVO DEI VILLI CORIALI |
| Isterosalpingografia <small>Per prenotazioni telefonare alla coordinatrice ostetrica al n. 039-5916498 il giovedì dalle ore 10,00 alle 12,00.</small> | VISITA GINECOLOGICA PER ISTEROSALPINGOGRAFIA |
| Gravidanza a Rischio | VISITA OSTETRICA + ECOGRAFIA OSTETRICA |
| | VISITA OSTETRICA + ECOCOLORDOPPLER OSTETRICO |
| | CONTROLLO OSTETRICA + ECOGRAFIA OSTETRICA |
| | CONTROLLO OSTETRICO + ECOOPPLER OSTETRICO |
| | VISITA OSTETRICA GRAVIDANZA A RISCHIO |
| | VISITA OSTETRICA + ECOGRAFIA OSTETRICA |
| | VISITA GRAVIDANZA A RISCHIO + ECD OSTETRICO |
| | CONTROLLO OSTETRICO GRAVIDANZA A RISCHIO |
| | CONTROLLO GRAVIDANZA A RISCHIO + ECD OSTETRICA |
| CONTROLLO OSTETRICA + ECOGRAFIA OSTETRICA | |

| | |
|--|--|
| <p>Ambulatorio Gravidanza a termine</p> | <p>CONTROLLO IN GRAVIDANZA Gravidanza dalla 40esima settimana alla 40esima settimana + CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA IN GRAVIDANZA M50 - Gravidanza a rischio dalla 28esima settimana alla 41esima settimana. CONTROLLO OSTETRICO + ECOGRAFIA OSTETRICA + CARDIOTOCOGRAFIA Gravidanza dalla 41esima settimana alla 41esima settimana +</p> |
| <p>OSTETRICHE Per prenotare il colloquio (sia per i villi coriali che per l'amniocentesi) telefonare al reparto di ostetricia al n. 039-5916262 da lunedì a venerdì</p> | <p>COLLOQUIO PRENATALE (solo per la gravidanza a rischio M50) *COLLOQUIO OSTETRICO PER ISTEROSALPINGOSCOPIA</p> |
| <p>Accettazione Training Prenatale</p> | <p>TRAINING PRENATALE</p> |
| <p>Accettazione Ch. Ambulatoriale</p> | <p>BIOPSIA DELL'UTERO CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO</p> |
| <p>Accettazione MAC</p> | <p>SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA ANTIMICOTICA</p> |

| Immuniologia/Reumatologia | |
|---------------------------|--------------------------------|
| Dr. Castelnovo | VISITA IMMUNOLOGIA CLINICA |
| Dr.ssa De Micheli | CONTROLLO IMMUNOLOGICO CLINICO |
| Dr.ssa Mazzocchi | VISITA REUMATOLOGICA |
| | CONTROLLO REUMATOLOGICO |

| Medicina Generale (Diabetologia - Capillaroscopia - | |
|---|--|
| Medicina Generale | VISITA MEDICINA GENERALE |
| | CONTROLLO MEDICINA GENERALE |
| | CAPILLAROSCOPIA MANI |
| Diabetologia Endo/Diabetologia Endocrinologia | VISITA DIABETOLOGICA |
| | CONTROLLO DIABETOLOGICO |
| | VISITA ENDOCRINOLOGIA |
| | CONTROLLO ENDOCRINOLOGICO |
| Ipertensione | VISITA IPERTENSIONE |
| | CONTROLLO IPERTENSIONE |
| Monitoraggio Pressorio | MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA (P.A.O.) |
| Dietologia | CONTROLLO DIETETICO E ANAMNESI ALIMENTARE |
| | STESURA PROGRAMMA NUTRIZIONALE INDIVIDUALIZ |
| Educazione Paziente Diabetologico | EDUCAZIONE DELLA PERSONA DIABETICA PER SEDUTA INDIVIDUALE (CICLO DI DIECI SEDUTE) |
| | Prescrizione Diabetologica Aziendale |
| Accettazione M.A.C. | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE POST- SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE CON I AGOBIOPSIA FEGATO PER EPATOPATIA DIFFUSA |

| Medicina Trasfusionale ed Ematologia | |
|--------------------------------------|--|
| Ematologia | VISITA EMATOLOGICA |
| Medicina Trasfusionale | SOMMINISTRAZIONE DI FERRO E.V. |
| | SOMMINISTRAZIONE DI IMMUNOGLOBULINE E.V. |
| | EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L. |
| | TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI |
| | SALASSO TERAPEUTICO |

| Neurochirurgia | |
|----------------|---------------------------|
| Ospedaliere | VISITA NEUROCHIRURGICA |
| | CONTROLLO NEUROCHIRURGICO |

| Neurologia | |
|---------------------------------|--|
| Prenotazione | VISITA NEUROLOGICA |
| | CONTROLLO NEUROLOGICO |
| | VISITA NEUROLOGICA + MINI MENTAL TEST |
| Accettazione | TEST DI INTELLIGENZA |
| | TEST DI DETERIORAMENTO/SVILUPPO INTELLETTIVO |
| | TEST DELLA MEMORIA |
| | TEST DELLA SCALA DI MEMORIA |
| | TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE |
| | CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO |
| | CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE |
| COLLOQUIO NEUROPSICOLOGICO | |
| Epilessia | VISITA NEUROLOGICA EPILESSIA |
| | CONTROLLO NEUROLOGICO EPILESSIA |
| Parkinson | CONTROLLO NEUROLOGICO PARKINSON |
| | VISITA NEUROLOGICA PARKINSON |
| Progetto Cronos Halzaimer | VISITA NEUROLOGICA U.V.A. CON MINIMENTAL TEST |
| | CONTROLLO NEUROLOGICO PROG. CRONOS + MINIMENTAL TEST |
| Sclerosi Multipla II Livello | VISITA NEUROLOGICA SCLEROSI MULTIPLA |
| | CONTROLLO NEUROLOGICO SCLEROSI MULTIPLA |
| Centro Cefalee | VISITA NEUROLOGICA CEFALIA |
| | CONTROLLI NEUROLOGICI CEFALIEE |

| | |
|--|--|
| Neurofisiopatologia <i>Vincolo d'età - Prenotazione solo x pazienti superiore ai 18 anni</i> | POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI (BAEP) |
| | POTENZIALI EVOCATI VISIVI (PEV) |
| | POTENZIALI EVOCATI SOMATOSENSORIALI ARTI SUPERIORI (PESS) |
| | POTENZIALI EVOCATI SOMATOSENSORIALI ARTI INFERIORI (PESS) |
| | POTENZIALI EVOCATI SOMATOSENSORIALI ARTI SUPERIORI + INFERIORI (PESS) |
| Neuropsicologia II Livello | VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA |
| | VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA DI CONTROLLO |
| | COLLOQUIO NEUROPSICOLOGICO |
| | TEST DELLA MEMORIA |
| | TEST DELLA SCALA DI MEMORIA |
| Normale AE | TEST DI DETERIORAMENTO/SVILUPPO INTELLETTIVO |
| | TEST DI INTELLIGENZA |
| Esami Neurologici | ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI |
| | ELETTROENCEFALOGRAMMA STANDARD |
| | E.E.G. IN PAZIENTE NON COLLABORANTE |
| | POLISONNOGRAMMA |
| | POLIGRAFIA |
| | *ELETTROMIOGRAFIA (PRENOTAZIONE) |
| | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (X MUSCOLO) |
| | RISPOSTE RIFLESSE (X MUSCOLO) |
| | VELOCITA' DI CONDUZIONE MOTORIA (X NERVO) |
| | VELOCITA' DI CONDUZIONE SENSITIVA (X NERVO) |
| | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA STEROIDEA AD ALTE DOSI |
| Accettazione MAC | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE CON NECESSITA' MONITORAGGIO |

| Oculistica | |
|---|--|
| Dr. Pavoni Dr.ssa Meragelli AP | CONTROLLO OCULISTICO |
| | CONTROLLO OCULISTICO MEDICO |
| | ESAME COMPLETO IN CICLOPLEGIA |
| | TEST DI AMSLER |
| | TEST DI SCHIRMER |
| | IRRIGAZIONE OCCHIO |
| | ESAME DEL FONDUS |
| | ESAME DEL VISUS |
| | MEDICAZIONE OCCHIO |
| | ES.OCULISTICO CON PRESCRIZIONE LENTI |
| TEST DEI COLORI | |
| Pos Operati | CONTROLLI CHIRURGICI POST OPERATI |
| Fluorangiografie | FLUORANGIOGRAFIA(FAG)/SCOPIA DELL'IRIDE E CORIORETINA |
| | FOTOGRAFIA FONDO/SEG.ANT. (CADAUNA) |
| | ANGIOGRAFIA CON INDOCIANINA |
| Campi Visivi | CAMPI VISIVI COMPIUTERIZZATO |
| Glaucoma | TONOMETRIA |
| Ortottica | VALUTAZIONE ORTOTTICA |
| | ESERCIZI ORTOPTICI |
| | TEST DI HESS-LANCASTER |
| Laserterapia | CAPSULOTOMIA YAG LASER |
| | RIPARAZIONE LACERAZIONE RETINA ARGON |
| | IRIDECTOMIA YAG LASER |
| OCT | TOMOGRAFIA OTTICA A RADIAZIONE COERENTE (OCT) |

| | |
|---|--|
| Accettazione Interventi ambulatoriali | ASPORTAZIONE CALAZIO |
| | ASPORTAZIONE LESIONE MINORE PALPEBRA |
| | ASPORTAZIONE XANTELASMA |
| | ASPORTAZIONE LESIONE MAGGIORE PALPEBRA, TUTTO SPESSORE |
| | RIPARAZIONE ENTROPION/ECTROPION PER SUTURA |
| | ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA |
| | TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM |
| | ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA |
| | ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM |
| | APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO |
| | IRIDECTOMIA YAG LASER |
| | CAPSULOTOMIA YAG LASER |
| | FOTOCOAGULAZIONE C/ARGON LASER DELLA RETINA |
| | ECOGRAFIA OCULARE |
| | PARACENTESI DELLA CAMERA ANTERIORE |
| | CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA |
| | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE |
| | RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE |
| | INTERVENTO AMBULATORIALE PER CATARATTA |

| Odontoiatria | |
|---|--|
| Dr. Piatto Dr.ssa Alampi Dr. Pennacchi | VISITA ODONTOIATRICA |
| | VISITA ODONTOIATRICA PROTESICA |
| | CONTROLLO ODONTOIATRICO |
| | *APPUNTAMENTO CONSERVATIVA DR.SSA ALAMPI |
| | *APPUNTAMENTO ESTRAZIONE DR.SSA ALAMPI |
| | *APPUNTAMENTO PROTESI DR.SSA ALAMPI |
| | *APPUNTAMENTO CONSERVATIVA DR. PIATTO |
| | *APPUNTAMENTO ESTRAZIONE DR. PIATTO |
| | *APPUNTAMENTO PROTESI DR. PIATTO |
| | *APPUNTAMENTO CONSERVATIVA DR. PENNACCHI |
| *APPUNTAMENTO ESTRAZIONE DR. PENNACCHI | |
| *APPUNTAMENTO PROTESI DR. PENNACCHI | |
| ABLAZIONE TARTARO | |
| AMPLIAMENTO GENGIVA ADERENTE | |
| APICECTOMIA (ESCLUSA CURA CANALARE) | |
| RICOSTRUZIONE DI CORONA | |
| ASPORTAZIONE DI CALCOLI DEL DOTTO SALIVARE | |
| ASPORTAZIONE DI CORPI ESTRANEI PROFONDI DEL CAVO ORALE | |
| ASPORTAZIONE DI CORPI ESTRANEI SUPERFICIALI DEL CAVO ORALE | |
| ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA | |
| CARIE PENETRANTE:MONORAD.CURA E OTTURAZ.CON TERAPIA CANALAR | |
| CARIE PENETRANTE:PLURIRAD.CURA E OTTURAZ.CON TERAPIA CANALA | |
| CURA STOMATITE,GENGIVITE,ALVEOLITE: PER SEDUTA | |
| CURETTAGE TASCHE PIORROICHE LEVIGATURA DELLE RADICI | |
| LAVORI AUSILIARI PER PROTESI RIMOVIBILE | |
| ESTRAZIONE DENTE INCLUSO | |
| ESTRAZIONE DENTE PERMANENTE | |
| FRENULECTOMIA LINGUALE | |
| INTERVENTO PER CISTI APICECTOMIA E SIMILARI | |
| GENGIVECTOMIA (PER OGNI GRUPPO DI 4 DENTI) | |
| INTERVENTO DI PLASTICA PER COMUNICAZIONE BUCCO-SINUSALE | |
| ASPORTAZIONE LESIONI OSSA FACCIALI | |
| SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE | |
| ASP.DI LESIONE/TESSUTO GENGIVA (EPULIDI) | |
| LEVIGATURA RADICI | |
| ASP/MARSUPIALIZZAZIONE CISTI DEI MASCELLARI | |
| MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI PER SEDUTA | |
| RADIOGRAFIA ENDORALE (UN RADIOGRAMMA) | |
| REIMPIANTO ELEMENTI DENTARI LUSSATI O AVULSI | |
| RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO | |
| RIDUZIONE E CONTENZIONE FRATTURE DENTO-ALVEOLARI | |
| RIMOZIONE DI CORONA ISOLATA | |
| RIMOZIONE ELEMENTO PROTESICO | |
| SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE | |
| SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI 4 DENTI | |
| SUTURA DI FERITA DEL VESTIBOLO E DEL PAVIMENTO ORALE | |
| APPLICAZIONE ELEMENTO FUSO IN LEGA AUREA ORO-RESINA | |
| APPLICAZIONE ELEMENTO FUSO IN LEGA AUREA ORO-PORCELLANA | |
| RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE SEMPLICE | |
| RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE COMPLESSA | |
| ANESTESIA - TRONCLARE | |
| ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA | |
| ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO | |
| ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE | |
| ESTRAZIONE RADICE RESIDUA | |
| RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE SEMPLICE | |

| | |
|--------------|---|
| Accettazione | RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE COMPLESSA |
| | APPLICAZIONE CORONA IN RESINA |
| | APPLICAZIONE CORONA IN LEGA AUREA (E RESINA) |
| | APPLICAZIONE CORONA IN PORCELLANA |
| | APPLICAZIONE CORONA E PERNO IN RESINA |
| | APPLICAZIONE CORONA E PERNO IN PORCELLANA |
| | APPLICAZIONE PONTE FISSO |
| | APPLICAZIONE PROTESI PROVVISORIA RIMOVIBILE O FISSA (X ELEM) |
| | APPLICAZIONE PROTESI FISSA (X ELEMENTO) |
| | TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO |
| | TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO |
| | BIOPSIA DELLA GENGIVA |
| | BIOPSIA DELL'ALVEOLO |
| | GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE] |
| | ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA |
| | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI |
| | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON DISPOSITIVI SALDATI |
| | TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI |
| | RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO |
| | TRATTAMENTI PER PROTESI RIMOVIBILE (RIBASAMENTO, RIPARAZION |
| | SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE |
| | BIOPSIA DELLA LINGUA |
| | BIOPSIA GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE |
| | BIOPSIA DEL PALATO OSSEO |
| | BIOPSIA DELLA BOCCA |
| | FRENULECTOMIA LABIALE |
| | ASPORTAZ. LESIONE DELLA BOCCA |
| | SUTURA LACERAZIONE DEL LABBRO |
| | FRENULOTOMIA LABIALE |
| | FRENULOTOMIA |
| | TRATTAMENTO ORTODONTICO MULTI BRACKETS |
| | RIBASAMENTO PROTESI DIRETTO O INDIRETTO |
| | AGGIUNTA ELEMENTI/GANCI PROTESI |
| | RIPARAZIONE PROTESI FRATTURATA |
| | RICEMENTAZIONE CORONA O PONTE |
| | TERAPIA CANALARE IN DENTE BIRADICOLATO |
| | TRATTAMENTO ORTODONTICO PER BITE |
| | ABLAZIONE TARTARO CON ULTRASUONI |
| | INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO EMIARCATA SUPERIORE DESTRA |
| | APPLICAZIONE PROTESI RIMOVIBILE ARCATA SUPERIORE |
| | APPLICAZIONE PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE SCHELETRATO SUPERIORE |
| | INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO EMIARCATA INFERIORE DESTRA |
| | APPLICAZIONE PROTESI RIMOVIBILE ARCATA INFERIORE |
| | APPLICAZIONE PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE SCHELETRATO INFERIORE |
| | INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO EMIARCATA SUPERIORE SINISTRA |
| | TERAPIA ALLINEAMENTO DENTARIO CON MASCHERINA |
| | TERAPIA GNATOLOGICA BITE |
| | INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO EMIARCATA INFERIORE SINISTRA |
| | CONTROLLO ODONTOIATRICO |
| | CONTROLLO ORTODONTICO |
| | CONTROLLO ODONTOIATRICO (ACCESSO DIRETTO) |
| | RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA |
| | MEDICAZIONE |
| | VISITA ORTODONTICA DR. SSA TROIANI |
| | VISITA ORTODONTICA DR. FRATANTONIO |
| | CONTROLLO ORTODONTICO DR. SSA TROIANI |
| | CONTROLLO ORTODONTICO DR. FRATANTONIO |
| | LP VISITA SPECIALISTICA ODONTOIATRICA |
| | VISITA ODONTOIATRICA |
| | VISITA ORTODONTICA |
| | VISITA ODONTOIATRICA PROTESICA |
| | VISITA ODONTOIATRICA (ACCESSO DIRETTO) |
| | TERAPIA CANALARE |
| | STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO |
| | INIEZIONE PERIARTERIOSA |

| | |
|---|--|
| Oncologia | |
| Oncologia | VISITA ONCOLOGICA |
| | CONTROLLO ONCOLOGICO |
| | LAVAGGIO E MEDICAZIONE C.V.C. |
| | INIEZIONE O INFUSIONE FARMACI (ESCL. STEROIDI) |
| | PRELIEVO DI SANGUE VENOSO |
| Oncoematologia | INSTILLAZIONE GENITO URINARIA |
| | VISITA ONCOEMATOLOGICA |
| | CONTROLLO ONCOEMATOLOGIA |
| CHEMIOTERAPIA CON SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI | |

| | |
|-------------------------|---|
| Accettazione M.A.C. | CHEMIOTERAPIA SENZA SOMMINISTRAZIONE DI FARI |
| | CHEMIOTERAPIA ONCOEMATOLOGICA SENZA SOMMI |
| | TERAPIA ANTITUMORALE CON SOMMINISTRAZIONE I |
| | TERAPIA DI SUPPORTO |
| | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE POST- |
| | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE CON I |
| | PUNTURA LOMBARE |
| BIOPSIA OSTEO MIDOLLARE | |
| BIOPSIA EPATICA | |
| INSERIMENTO PORT-A-CATH | |

| Ortopedia | |
|---|---|
| Ortopedia | VISITA ORTOPEDICA |
| | CONTROLLO ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICO |
| ORTOPEDIA PEDIATRICA | VISITA ORTOPEDICA PEDIATRICA |
| | CONTROLLO ORTOPEDICO PEDIATRICO |
| ORTOPEDIA TRAUMA SPORT | VISITA TRAUMATOLOGICA ORTOPEDICA SPORTIVA |
| | CONTROLLO ORTOPEDICO SPORTIVO |
| AMBULATORIO PROTESICA ANCA E GINOCCHIO | VISITA ORTOPEDICA PROTESICA |
| | CONTROLLO ORTOPEDICO PROTESICO |
| PATOLOGIE METABOLICHE OSSEE OSTEOPOROSI | VISITA ORTOPEDICO PER OSTEOPOROSI |
| | CONTROLLO ORTOPEDICO PER OSTEOPOROSI |
| ORTOPEDIA PEDIATRICA SALA GESSI | VISITA ORTOPEDICA PEDIATRICA |
| | CONTROLLO ORTOPEDICO PEDIATRICO |
| | APPARECCHIO GESSATO PIEDE DESTRO |
| | APPARECCHIO GESSATO PIEDE SINISTRO |
| | PELVIPEDIDIO (PELVIPODALICO) DESTRO |
| | PELVIPEDIDIO (PELVIPODALICO) SINISTRO |
| | MEDICAZIONE |
| | RIMOZIONE APPARECCHIO GESSATO RIMOZIONE DI SUPPORTO O STECCA |
| Controlli Inferiore a 90 gg | VISITA ORTOPEDICA |
| | CONTROLLO ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICO |
| | PRESTAZIONE SUCCESSIVA AL RICOVERO ORT |

| | |
|--|---|
| Sala Gessi | VISITA ORTOPEDICA |
| | CONTROLLO ORTOPEDICO-TRAUMATOLOGICO |
| | BENDAGGIO SEMPLICE |
| | ARTROCENTESI |
| | INFILTRAZIONI |
| | INIEZIONE ENDOARTICOLARE DI FARMACO |
| | MEDICAZIONE |
| | RIMOZIONE APPARECCHIO GESSATO |
| | RIMOZIONE DI SUPPORTO O STECCA |
| | RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA |
| | INTERVENTO AMB. PER TUNNEL CARPALE ORT |
| | RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLINO/ARTIGLIO |
| ARTROSCOPIA DEL POLSO | |
| ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DEL GINOCCHIO | |
| ASPORTAZIONE ARTROSCOPICA DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO | |
| SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO | |
| ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA | |
| ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE | |
| ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO | |
| FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO | |
| ASPORT. DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO | |
| ASPORT. DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO | |
| BORSECTOMIA DELLA MANO | |
| ALTRA TENDINECTOMIA DELLA MANO | |
| ALTRA ASPORTAZ. DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO | |
| SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO | |
| REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO | |
| LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto] | |
| ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO | |
| PELVIPEDIDIO (PELVIPODALICO) DESTRO | |
| PELVIPEDIDIO (PELVIPODALICO) SINISTRO | |
| APPARECCHIO GESSATO COSCIA-PIEDE DESTRO | |
| APPARECCHIO GESSATO COSCIA-PIEDE SINISTRO | |
| PELVICONDILOIDEO DESTRO | |
| PELVICONDILOIDEO SINISTRO | |
| PELVIMALLEOLARE DESTRO | |
| PELVIMALLEOLARE SINISTRO | |
| APPARECCHIO GESSATO Omero-MANO DESTRO | |
| APPARECCHIO GESSATO Omero-MANO SINISTRO | |
| GAMBALETTO GESSATO DESTRO | |
| GAMBALETTO GESSATO SINISTRO | |
| APPARECCHIO GESSATO AVAMBRACCIO-MANO DESTRO | |
| APPARECCHIO GESSATO AVAMBRACCIO-MANO SINISTRO | |
| GINOCCHIERA GESSATA DESTRA | |
| GINOCCHIERA GESSATA SINISTRA | |
| APPARECCHIO GESSATO PIEDE DESTRO | |
| APPARECCHIO GESSATO PIEDE SINISTRO | |
| APPARECCHIO GESSATO POLSO-MANO DESTRO | |
| APPARECCHIO GESSATO POLSO-MANO SINISTRO | |
| DOCCIA GESSATA DITO PIEDE DESTRO | |
| DOCCIA GESSATA DITO PIEDE SINISTRO | |
| DOCCIA GESSATA DITO MANO DESTRA | |
| DOCCIA GESSATA DITO MANO SINISTRA | |
| ARTROSCOPIA DEL POLSO DESTRO | |
| ARTROSCOPIA DEL POLSO SINISTRO | |
| ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DEL GINOCCHIO DESTRO | |
| ARTROSCOPIA DIAGNOSTICA DEL GINOCCHIO SINISTRO | |
| ASPORTAZIONE ARTROSCOPICA DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO DESTRO | |
| ASPORTAZIONE ARTROSCOPICA DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO SINISTRO | |
| SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO DESTRA | |
| SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO SINISTRA | |
| ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA DESTRA | |
| ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SINISTRA | |
| ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE DESTRA | |
| ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SINISTRA | |
| ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO DESTRA | |
| ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO SINISTRA | |

Agende di Accettazione

| |
|---|
| FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO DESTRA |
| FASCIOTOMIA DELLA MANO SEZIONE DI FASCIA DELLA MANO SINISTRA |
| ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO DESTRA |
| ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO SINISTRA |
| ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DESTRA |
| ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SINISTRA |
| BORSECTOMIA DELLA MANO DESTRA |
| BORSECTOMIA DELLA MANO SINISTRA |
| ALTRA TENDINECTOMIA DELLA MANO DESTRA |
| ALTRA TENDINECTOMIA DELLA MANO SINISTRA |
| ALTRA ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO DESTRA |
| ALTRA ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO SINISTRA |
| SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO DESTRA |
| SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO SINISTRA |
| REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO DESTRA |
| REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO SINISTRA |
| LISI DI ADERENZE DELLA MANO DESTRA [DITO A SCATTO] |
| LISI DI ADERENZE DELLA MANO SINISTRA [DITO A SCATTO] |
| INIEZIONE ENDOARTICOLARE DI FARMACO |
| RIPARAZIONE APPARECCHIO GESSATO |

| Otorino / Audiologia | |
|-------------------------|--|
| Ospedali | VISITA OTORINO |
| | CONTROLLO OTORINO |
| | ESTRAZIONE TAPPO CERUME |
| Endoscopia | ENDOSCOPIA NASALE/LARINGE |
| Foniatria | VISITA FONIATRICA + ENDOSCOPIA |
| Otomicroscopia | OTOMICROSCOPIA |
| Audiologia | ESAME AUDIOMETRICO TONALE + IMPEDENZIOMETRICO |
| | ESAME AUDIOMETRICO TONALE |
| | ESAME IMPEDENZIOMETRICO |
| Ambulatorio Protesi | VISITA OTORINO PROTESICA |
| | VISITA + COLLAUDO PROTESI ACUSTICHE |
| | CONTROLLO + COLLAUDO PROTESI ACUSTICHE |
| Ambulatorio di Otologia | CONTROLLO OTORINO PROTESICO |
| | ESAME AUDIOMETRICO TONALE |
| | ESAME AUDIOMETRICO VOCALE |
| | ESAME IMPEDENZIOMETRICO |
| | ESAME AUDIOMETRICO TONALE + IMPEDENZIOMETRICO |
| | ESAME AUDIOMETRICO VOCALE + IMPEDENZIOMETRICO |
| | ESAME AUDIOMETRICO VOCALE + TONALE |
| | ESAME AUDIOMETRICO TONALE + VOCALE + IMPEDENZIOMETRICO |
| | OTOMICROSCOPIA |
| | MEDICAZIONE OTORINOLARINGOIATRA |
| Agende di Accettazione | ENDOSCOPIA NASALE/LARINGE |
| | MEDICAZIONE |
| | VISITA OTORINO |
| | CONTROLLO OTORINO |
| | ASPORTAZIONE CISTI ORECCHIO ESTERNO DESTRO |
| | ASPORTAZIONE CISTI ORECCHIO ESTERNO SINISTRO |
| | ASPORTAZIONE POLIPI DELL'ORECCHIO DESTRO |
| | ASPORTAZIONE POLIPI DELL'ORECCHIO SINISTRO |
| | INCISIONE ASCESSO CONDOTTO Uditivo DESTRO |
| | INCISIONE ASCESSO CONDOTTO Uditivo SINISTRO |
| | BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO DESTRO |
| | BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO SINISTRO |
| | BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO DESTRO |
| | BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO SINISTRO |
| | RIMOZIONE CORPO ESTRANEO AURICOLARE DESTRO |
| | RIMOZIONE CORPO ESTRANEO AURICOLARE SINISTRO |

| Pediatria | |
|--|---|
| Orari Punto Accoglienza: Lunedì-Venerdì 8.00-15.30 | |
| Pediatria | VISITA PEDIATRICA |
| | CONTROLLO PEDIATRICO |
| | MEDICAZIONE DI USTIONI |
| | TEST DEL SUDORE |
| | INIEZIONE O INFUSIONE DI FARMACI SPECIFICI |
| Allergologia Asma e Malattie Allergologiche | VISITA ALLERGOLOGICA PEDIATRICA |
| | CONTROLLO ASMA E MALATTIE ALLERGICHE PEDIATRICHE |
| | PRICK TEST/INTRADERMOREAZIONI ALTRI ALLERGENI (X PANEL 12 TEST O FRAZ.) |
| | SPIROMETRIA GLOBALE |
| | CONTROLLO ALLERGOLOGICO + PACTH TEST |
| | CONTROLLO ALLERGOLOGICO + PRICK TEST |
| | CONTROLLO ALLERGOLOGICO + SPIROMETRIA |
| | VISITA ALLERGOLOGICA + PACTH TEST |
| VISITA ALLERGOLOGICA + PRICK TEST | |
| Gastroenterologia | VISITA ALLERGOLOGICA + SPIROMETRIA PED. |
| | VISITA GASTROENTEROLOGICA PEDIATRICA |
| Nefrourologica | CONTROLLO GASTROENTEROLOGIA PEDIATRICA |
| | BREATH TEST AL LATTOSIO |
| Endocrinologia | VISITA NEFROUROLOGICA PEDIATRICA |
| | CONTROLLO NEFROUROLOGICO PEDIATRICO |
| Genetica Malattie Rare | VISITA ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA |
| | CONTROLLO ENDOCRINOLOGICO PEDIATRICA |
| Accettazione M.A.C. | VISITA PEDIATRICA GENETICA MALATTIE RARE |
| | CONTROLLO PEDIATRICO GENETICA MALATTIE RARE |
| | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE POST-RICOVERO |
| | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE CON NECESSITA' MONITORAGGIO |
| | INDAGINE STRUMENTALE IN SEDAZIONE |
| | DIAGNOSTICA DEI DISTURBI DEL METABOLISMO CALCIO-FOSFORO |
| | DIAGNOSTICA DELL'OBESITA' GRAVE |
| | DIAGNOSTICA DI PROBLEMI GASTROENTEROLOGICI |
| | DIAGNOSTICA DI PROBLEMI NEFROLOGICI |
| | DIAGNOSTICA DELLE ALLERGIE ALIMENTARI |
| | DIAGNOSTICA DELLE ALLERGIE A FARMACI |
| | DIAGNOSTICA DELLE EPILESSIE |
| | DIAGNOSTICA DEI DISTURBI ENDOCRINOLOGICI IN SINDROMI GENETICHE |
| | FOLLOW UP DELLE EMOPATIE |
| | DIAGNOSTICA DELLE ALTERAZIONI DELLA FUNZIONE IPOTALAMO-IPOFISARIA |
| | DIAGNOSTICA DELLE ALTERAZIONI DELLO SVILUPPO SESSUALE |
| | DIAGNOSTICA DEI PROBLEMI TIROIDEI |
| DIAGNOSTICA DEI PROBLEMI SURRENALICI | |
| FOLLOW UP DELLA TERAPIA CON ORMONE DELLA CRESCITA | |
| DIAGNOSTICA DELLO STATO NUTRIZIONALE | |

| Chirurgia Pediatrica | |
|---------------------------------------|---|
| Chirurgia | VISITA CHIRURGICA PEDIATRICA |
| | CONTROLLO CHIRURGICO PEDIATRICO |
| Chirurgia Pediatrica Urologia | RIMOZIONE PUNTI DI SUTURA |
| | VISITA CHIRURGICA UROLOGICA PEDIATRICA |
| Controlli Riservati | CONTROLLO CHIRURGICO UROLOGICO PEDIATRICO |
| | CONTROLLO CHIRURGICO PEDIATRICO |
| | CONTROLLO CHIRURGICO PEDIATRICO POST - INTERVENTO |
| Accettazione Ch. Ambulatoriale | PRESTAZIONE SUCCESSIVA AL RICOVERO |
| | CIRCONCISIONE |

| Neonatologia | |
|---|-------------------------------|
| Follow up Neonatole (agenda di reparto) | CONTROLLO FOLLOW UP NEONATALE |
| Neonatologia (agenda di reparto) | CONTROLLO NEONATOLOGICO |

| Pneumologia | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| Medicina Generale | VISITA PNEUMOLOGICA |
| | CONTROLLO PNEUMOLOGICO |
| | SPIROMETRIA CON BRONCODILATAZIONE |
| | FARMACOLOGICA |
| | SPIROMETRIA GLOBALE |
| | SPIROMETRIA SEMPLICE |

| Psichiatria | |
|-------------------------------|---|
| Agenda di Accettazione | VISITA PSICHIATRICA |
| | COLLOQUIO PSICOLOGICO-CLINICO |
| | VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO |
| | COLLOQUIO PSICHIATRICO |
| | PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (PER SEDUTA) |
| | PSICOTERAPIA DI COPPIA O DEL NUCLEO FAMILIARE (PER SEDUTA) |
| Accettazione M.A.C. | PSICOTER. GRUPPO (XSEDXPARTICIPANTE) |
| | PACCHETTO RIABILITATIVO PSICHIATRICO A BASSA COMPLESSITA' |
| | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE POST-RICOVERO |
| | SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA INFUSIONALE CON NECESSITA' MONITORAGGIO |

| Terapia Antalgica - Terapia del Dolore | |
|---|---|
| Prenotazione | VISITA TERAPIA ANTALGICA |
| | VISITA ANESTESIOLOGICA |
| | CONTROLLO TERAPIA ANTALGICA |
| | CONTROLLO ANESTESIOLOGICO |
| | INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER |
| | INIEZIONE DI ANALGESICO PERIDURALE |
| | INIEZIONE DI ANALGESICO SUBARACNOIDEA |
| | INIEZIONE STEROIDI |
| INIEZIONE O INFUSIONE DI FARMACI SPEC | |

| Bus Navetta | |
|------------------------|------------------------|
| Lecco - Merate | NAVETTA LECCO - MERATE |
| Merate - Lecco | NAVETTA MERATE - LECCO |
| Lecco - Bellano | NAVETTA LECCO - MERATE |
| Bellano - Lecco | NAVETTA MERATE - LECCO |

| PAGAMENTI DOCUMENTAZIONE SANITARIA | |
|---|---|
| | DESCRIZIONE |
| | COPIA CARTELLA CLINICA DI RICOVERO |
| | COPIA CARTELLA CLINICA DI DAY HOSPITAL |
| | COPIA CARTELLA BIC |
| | COPIA CARTELLA MAC |
| | COPIA CARTELLA DI RADIOTERAPIA |
| | COPIA CARTELLA AMBULATORIALE IDENTIFICATE CON NUMERO NOSOLOGICO |
| | COPIA VERBALE PRONTO SOCCORSO E REFERTO AMBULATORIALE |
| | CERTIFICATO DI RICOVERO |
| | CERTIFICATO DI MORTE CON CAUSA MORTE |
| | COPIA CD / DVD DI RADIOLOGIA TRADIZIONALE (COMPRESO REFERTO E IMMAGINI) |
| | COPIA RADIOGRAFIA FORMATO GRANDE (27,5X35,6 - 28X35 35,6X43,2) |
| | COPIA RADIOGRAFIA FORMATO PICCOLA (18X24 - 20X25 - 24X30) |
| | COPIA CD / DVD PROCEDURE INTERVENTISTICHE ED INTERVENTI CHIRURGICI |

| |
|--|
| HME RADIOLOGIA-ECOGRAFIE DR. DORE |
| HME RADIOLOGIA-ECOGRAFIA 3 CONTROLLI |
| HME RADIOLOGIA-ECOGRAFIE DR.SSA ARRIGONI |
| HME RADIOLOGIA-ECOGRAFIE DR. BIANCO |
| HME RADIOLOGIA-PRIMI ACCESSI - ECOGRAFIE |
| HME RADIOLOGIA-ECOGRAFIE DR.SSA BOTTARINI |
| HME RADIOLOGIA-ECOGRAFIA 1 (pom) |
| HME RADIOLOGIA-ECOGRAFIE DR. LAICI |
| HME RADIOLOGIA-ECOGRAFIE DR.SSA CASELLA |
| HME RADIOLOGIA AP-J - PRIMI ACCESSI ECOGRAFIE |
| ECO ADDOME COMPLETO (ECO ADD. SUP. + ECO ADD. INF.) |
| ECO ADDOME INFERIORE (URETERI/VESCICA/PELVI/PROSTATICA SEMPLICE) |
| ECO ADDOME SUPERIORE (FEGATO/PANCREAS/V.BILIARI/MILZA/RENE/SURRENE) |
| ECO ADDOME INFERIORE CON CONTRASTO (Solo in Accettazione) |
| ECO ADDOME SUPERIORE CON CONTRASTO (Solo in Accettazione) |
| ECO PROSTATICA SOVRAPUBICA |
| ECO APPARATO URINARIO COMPLETO |
| ECO COLLO (se non è specificata quale parte) |
| ECO GHIANDOLE SALIVARI |
| ECO GROSSI VASI ADDOMINALI / AORTA ILIACA |
| ECO PENE |
| ECO POLMONARE |
| ECO CUTE/TESSUTO SOTTOCUTANEO/PARTI MOLLI |
| ECO TESTICOLI / SCROTALE / ECO ADDOME x VARICOCELE |
| ECO TIROIDE/PARATIROIDI |

| |
|---|
| ECO ANCHE BILATERALE (Entro il III Mese del Neonato) |
|---|

| |
|------------------------------------|
| ECO PROSTATICA TRANSRETTALE |
|------------------------------------|

| |
|--|
| HME RADIOLOGIA-AGOBIOPSIE |
| AGOBIOPSIA MAMMELLA DESTRA IN STEREOTASSI |
| AGOBIOPSIA MAMMELLA DESTRA IN STEREOTASSI |
| AGOBIOPSIA MAMMELLA DESTRA ECO-GUIDATA |
| AGOBIOPSIA MAMMELLA SINISTRA ECO-GUIDATA |
| ASPIRAZIONE CISTI MAMMELLA DESTRA ECO-GUIDATA |
| ASPIRAZIONE CISTI MAMMELLA SINISTRA ECO-GUIDATA |
| AGOBIOPSIA FEGATO ECO-GUIDATA |
| AGOBIOPSIA MASSA ADDOMINALE ECO-GUIDATA |
| AGOBIOPSIA GHIANDOLE SALIVARI ECO-GUIDATA |
| AGOBIOPSIA LINFONODI ECO-GUIDATA |
| AGOBIOPSIA PLEURA |
| AGOBIOPSIA TIROIDE ECO-GUIDATA |
| AGOBIOPSIA TESSUTI MOLLI ECO-GUIDATA |

| |
|--|
| HME RADIOLOGIA-ECOGRAFIA MAMMARIA |
| HME RADIOLOGIA-PRIMI ACCESSI - ECOGRAFIA MAMMARIA |
| ECO MAMMELLA BILATERALE |
| ECO MAMMELLA DESTRA |
| ECO MAMMELLA SINISTRA |
| HME RADIOLOGIA-PRIMI ACCESSI - MAMMOGRAFIE |
| HME RADIOLOGIA-MAMMOGRAFIE CONTROLLI |
| HME RADIOLOGIA RIS-SCREENING MAMMOGRAFICO I LIVELLO |
| MAMMOGRAFIA BILATERALE |

| |
|---|
| MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DESTRA |
| MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SINISTRA |
| MAMMOGRAFIA SINISTRA + ECOGRAFIA BILATERALE |
| MAMMOGRAFIA DESTRA + ECOGRAFIA BILATERALE |
| MAMMOGRAFIA + ECOGRAFIA BILATERALE |

HME RADIOLOGIA-RMN COLONNA/ENCEFALO - MOBILE

| |
|--|
| RMN ADDOME INF.+ SUP. SENZA MDC |
| RMN ADDOME INFERIORE |
| RMN ADDOME INFERIORE CON CONTRASTO |
| RMN ADDOME SUPERIORE |
| RMN ADDOME SUPERIORE CON CONTRASTO |
| RMN ADDOME SUP. + ADDOME INF. SENZA MDC |
| RMN ADDOME SUP. + ADDOME INF. SENZA MDC |
| RMN TORACE |
| RMN TORACE CON CONTRASTO |
| ANGIO-RMN ADDOME INFERIORE |
| ANGIO-RMN ADDOME SUPERIORE |
| ANGIO-RMN TORACE |
| ANGIO-RMN ARTO SUPERIORE O INFERIORE |
| COLANGIO WIRSUNGRAFIA RMN |
| RMN COLLO |
| RMN COLLO CON CONTRASTO |
| RMN MAMMELLA BILATERALE |
| RMN MAMMELLA BILATERALE CON CONTRASTO |
| RMN MAMMELLA DESTRA |
| RMN MAMMELLA DESTRA CON CONTRASTO |
| RMN MAMMELLA SINISTRA |
| RMN MAMMELLA SINISTRA CON CONTRASTO |
| RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO / PONTO CEREBELLARE |
| RMN CERVELLO/TRONCO ENCEFALICO CONTRASTO |
| RMN MASSICCIO FACCIALE |
| RMN MASSICCIO FACCIALE CON CONTRASTO |
| RMN ORBITA |
| RMN ORBITA CON CONTRASTO |
| RMN RACHIDE CERVICALE |
| RMN RACHIDE CERVICALE CON CONTRASTO |
| RMN RACHIDE DORSALE |
| RMN RACHIDE DORSALE CON CONTRASTO |
| RMN RACHIDE LOMBOSACRALE |
| RMN RACHIDE LOMBOSACRALE CON CONTRASTO |
| RMN ROCCE PETROSE |
| RMN ROCCE PETROSE CON CONTRASTO |
| RMN SELLA TURCICA |
| RMN SELLA TURCICA CON CONTRASTO |
| ANGIO-RMN VASI DEL COLLO |
| ANGIO-RMN INTRACRANICA |
| RMN COLLO |
| RMN COLLO CON CONTRASTO |
| RMN ENCEFALO CON MDC + ANGIO RMN INTRACRANICA |
| RMN CERVICALE + DORSALE + LOMBOSACRALE senza MDC o MIDOLLO IN TOTO |
| RMN CERVICALE + DORSALE + LOMBOSACRALE con MDC o MIDOLLO IN TOTO |
| RMN CERVICALE + DORSALE senza MDC |
| RMN CERVICALE + DORSALE con MDC |
| RMN CERVICALE + LOMBOSACRALE senza MDC |
| RMN CERVICALE + LOMBOSACRALE con MDC |
| RMN LOMBOSACRALE + DORSALE senza MDC |
| RMN LOMBOSACRALE + DORSALE con MDC |

HME RADIOLOGIA-RMN ARTICOLARI - MOBILE

| |
|---|
| RMN BACINO |
| RMN BACINO CON CONTRASTO |
| RMN CAVIGLIA/PIEDE DESTRO |
| RMN CAVIGLIA/PIEDE DESTRO CON CONTRASTO |

| |
|--|
| RMN CAVIGLIA/PIEDE SINISTRO |
| RMN CAVIGLIA/PIEDE SINISTRO CON CONTRASTO |
| RMN COXOFEMORALE/FEMORE DESTRO o ANCA DX |
| RMN COXOFEMORALE/FEMORE DESTRO CON CONTRASTO o ANCA DX |
| RMN COXOFEMORALE/FEMORE SINISTRO o ANCA SX |
| RMN COXOFEMORALE/FEMORE SINISTRO CON CONTRASTO o ANCA SX |
| RMN GINOCCHIO/GAMBA DESTRO |
| RMN GINOCCHIO/GAMBA DESTRO CON CONTRASTO |
| RMN GINOCCHIO/GAMBA SINISTRO |
| RMN GINOCCHIO/GAMBA SINISTRO CON CONTRASTO |
| RMN GOMITO/AVAMBR. DESTRO |
| RMN GOMITO/AVAMBR. DESTRO CON CONTRASTO |
| RMN GOMITO/AVAMBR. SINISTRO |
| RMN GOMITO/AVAMBR. SINISTRO CON CONTRASTO |
| RMN POLSO/MANO DESTRO |
| RMN POLSO/MANO DESTRO CON CONTRASTO |
| RMN POLSO/MANO SINISTRO |
| RMN POLSO/MANO SINISTRO CON CONTRASTO |
| RMN SPALLA/BRACCIO DESTRO |
| RMN SPALLA/BRACCIO DESTRO CON CONTRASTO |
| RMN SPALLA/BRACCIO SINISTRO |
| RMN SPALLA/BRACCIO SINISTRO CON CONTRASTO |

HME RADIOLOGIA-ACCETTAZIONE - RX TORACE

| |
|-----------|
| RX TORACE |
|-----------|

HME RADIOLOGIA-RX CLISMA OPACO

| |
|-------------------------------|
| CLISMA OPACO DOPPIO CONTRASTO |
|-------------------------------|

HME RADIOLOGIA-RX UROGRAFIE

| |
|-----------|
| UROGRAFIA |
|-----------|

| |
|---|
| URETROCISTOGRAFIA ASCENDENTE MINZIONALE |
|---|

| |
|--------------|
| URETROGRAFIA |
|--------------|

| |
|-------------|
| CISTOGRAFIA |
|-------------|

| |
|------------------------------|
| FISTOLOGRAFIA ARTO INFERIORE |
|------------------------------|

| |
|------------------------------|
| FISTOLOGRAFIA ARTO SUPERIORE |
|------------------------------|

| |
|----------------------|
| FISTOLOGRAFIA ADDOME |
|----------------------|

| |
|-------------------------|
| FISTOLOGRAFIA PERIANALE |
|-------------------------|

| |
|-------------------------------------|
| FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA |
|-------------------------------------|

| |
|--|
| CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE o URETROGRAFIA RETROGRADA |
|--|

HME RADIOLOGIA - RX APPARATO DIGERENTE

| |
|-------------------------------|
| RX ESOFAGO CONTRASTO SEMPLICE |
|-------------------------------|

| |
|--|
| RX ESOFAGO DOPPIO CONTRASTO o RX TRANSITO ESOFAGEO |
|--|

| |
|-------------------------------------|
| RX ESOFAGO-STOMACO-DUODENO SEMPLICE |
|-------------------------------------|

| |
|-------------------------------------|
| RX STOMACO-DUODENO DOPPIO CONTRASTO |
|-------------------------------------|

| |
|------------------|
| RX TENUE SERIATO |
|------------------|

| |
|----------------|
| RX TENUE/COLON |
|----------------|

| |
|----------------------------|
| RX TUBO DIGERENTE SEMPLICE |
|----------------------------|

| |
|-----------------------------|
| RX TUBO DIGERENTE PRIME VIE |
|-----------------------------|

HME RADIOLOGIA-RX ESAMI SCHELETRICI SALA GESSI

HME RADIOLOGIA-RX ESAMI SCHELETRICI - A.M.

HME RADIOLOGIA-RX OSSEA "F"

| |
|----------------|
| RX ANCA DESTRA |
|----------------|

| |
|------------------|
| RX ANCA SINISTRA |
|------------------|

| |
|--------------------------------|
| RX ASSIALE DELLA ROTULA DESTRA |
|--------------------------------|

| |
|----------------------------------|
| RX ASSIALE DELLA ROTULA SINISTRA |
|----------------------------------|

| |
|-----------------------|
| RX AVAMBRACCIO DESTRO |
|-----------------------|

| |
|-------------------------|
| RX AVAMBRACCIO SINISTRO |
|-------------------------|

| |
|-----------|
| RX BACINO |
|-----------|

| |
|--------------------|
| RX CALCAGNO DESTRO |
|--------------------|

| |
|----------------------|
| RX CALCAGNO SINISTRO |
|----------------------|

| |
|------------------------------------|
| RX CAVIGLIA DESTRA / TIBIO TARSICA |
|------------------------------------|

| |
|--------------------------------------|
| RX CAVIGLIA SINISTRA / TIBIO TARSICA |
|--------------------------------------|

| |
|---------------------|
| RX CLAVICOLA DESTRA |
|---------------------|

| |
|--|
| RX CLAVICOLA SINISTRA |
| RX CRANIO |
| RX CRANIO E SENI PARANASALI |
| RX DITO MANO DESTRA |
| RX DITO MANO SINISTRA |
| RX DITO PIEDE DESTRO |
| RX DITO PIEDE SINISTRO |
| RX EMITORACE MONOLATERALE DESTRO |
| RX EMITORACE MONOLATERALE SINISTRO |
| RX FEMORE DESTRO |
| RX FEMORE SINISTRO |
| RX FORAMI OTTICI |
| RX GAMBA DESTRA |
| RX GAMBA SINISTRA |
| RX GHIANDOLE SALIVARI |
| RX GINOCCHIO DESTRO |
| RX GINOCCHIO SINISTRO |
| RX GOMITO DESTRO |
| RX GOMITO SINISTRO |
| RX LARINGE |
| RX MANO DESTRA |
| RX MANO SINISTRA |
| RX MASTOIDI - ROCCHIE PETROSE |
| RX Omero DESTRO |
| RX Omero SINISTRO |
| RX OSSA NASALI |
| RX PANORAMICA ARTI INFERIORI |
| RX PIEDE DESTRO / AVAMPIEDE |
| RX PIEDE SINISTRO / AVAMPIEDE |
| RX PIEDE SOTTO CARICO DESTRO |
| RX PIEDE SOTTO CARICO SINISTRO |
| RX POLSO DESTRO |
| RX POLSO SINISTRO |
| RX RACHIDE CERVICALE CON PROIEZIONI OBLIQUE |
| RX RACHIDE CERVICALE |
| RX RACHIDE CERVICALE MORFODINAMICO |
| RX RACHIDE E BACINO SOTTO CARICO (SCANNOGRAFIA) X SCOLIOSI |
| RX RACHIDE LOMBO-SACRALE |
| RX RACHIDE LOMBO-SACRALE MORFODINAMICO |
| RX RACHIDE LOMBOSACRALE CON PROIEZIONI OBLIQUE |
| RX RACHIDE DORSALE CON PROIEZIONI OBLIQUE |
| RX RACHIDE TORACO-DORSALE |
| RX COLONNA IN TOTO (RX RACHIDE IN TOTO - RX COMPLETO COLONNA SOTTO CARICO) |
| RX RINOFARINGE |
| RX SACRO-COCCIGEO |
| RX SCAPOLA DESTRA |
| RX SCAPOLA SINISTRA |
| RX SCHELETRO IN TOTO |
| RX SCHELETRO TORACICO COSTALE BILATERALE |
| RX SELLA TURCICA |
| RX SPALLA DESTRA |
| RX SPALLA SINISTRA |
| RX STERNO |
| STUDIO DELL'ETA' OSSEA |

HME RADIOLOGIA-ORTOPANTOMOGRAFIE

| |
|-------------------------------------|
| PANORAMICA DENTARIA |
| TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO |
| RX ART. TEMPOROMANDIBOLARE DESTRA |
| RX ART. TEMPOROMANDIBOLARE SINISTRA |
| RX EMIMANDIBOLA DESTRA |
| RX EMIMANDIBOLA SINISTRA |

| |
|---|
| STRATIGRAFIA ART.TEMPOROMAN. BIL. BASALE/DINAMICA |
| STRATIGRAFIA ART.TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE |
| STRATIGRAFIA ART.TEMPOROMANDIBOLARE DESTRA |
| STRATIGRAFIA ART.TEMPOROMANDIBOLARE SINISTRA |

HME RADIOLOGIA-ISTEROSALPINGOGRAFIA

ISTEROSALPINGOGRAFIA**HME RADIOLOGIA-TAC ADDOME/TORACE/COLLO****HME RADIOLOGIA-PRIMI ACCESSI - TAC ADDOME/TORACE/COLLO****HME RADIOLOGIA AP-J - PRIMI ACCESSI T.A.C. TORACE/ADDOME/COLLO**

TAC ADDOME COMPLETO

TAC ADDOME COMPLETO CON CONTRASTO

TAC ADDOME INFERIORE

TAC ADDOME INFERIORE CON CONTRASTO

TAC ADDOME SUPERIORE

TAC ADDOME SUPERIORE CON CONTRASTO

TAC COLLO (FARINGE/LARINGE)

TAC COLLO (FARINGE/LARINGE) CON CONTRASTO

TAC COLLO LINFONODI

TAC COLLO LINFONODI CON CONTRASTO

TAC TORACE / polmonare

TAC TORACE CON CONTRASTO

TAC ADDOME COMPLETO + TAC COLLO CON MDC

TAC ADDOME COMPLETO + TAC COLLO SENZA MDC

TAC ADDOME INFERIORE + TAC COLLO CON MDC

TAC ADDOME INFERIORE + TAC COLLO SENZA MDC

TAC ADDOME SUPERIORE + TAC COLLO CON MDC

TAC ADDOME SUPERIORE + TAC COLLO SENZA MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME COMPLETO CON MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME COMPLETO SENZA MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME INFERIORE + TAC COLLO CON MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME INFERIORE + TAC COLLO SENZA MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME INFERIORE CON MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME INFERIORE SENZA MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME SUPERIORE + TAC COLLO CON MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME SUPERIORE + TAC COLLO SENZA MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME SUPERIORE CON MDC

TAC TORACE + TAC ADDOME SUPERIORE SENZA MDC

TAC TORACE + TAC COLLO + TAC ENCEFALO CON MDC

TAC TORACE + TAC COLLO + TAC ENCEFALO SENZA MDC

TAC TORACE + TAC COLLO CON MDC

TAC TORACE + TAC COLLO SENZA MDC

HME RADIOLOGIA-TAC NEURO S/C MDC**HME RADIOLOGIA-PRIMI ACCESSI - TAC NEURO S/C MDC**

TAC ANGOLO PONTO CEREBELLARE

TAC ANGOLO PONTO CEREBELLARE CON CONTRASTO

TAC ENCEFALO / BASALE

TAC ENCEFALO / BASALE CON CONTRASTO

TAC ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI

TAC ARTICOLAZIONI TEMPORO-MANDIBOLARI CON CONTRASTO

TAC RACHIDE CERVICALE

TAC RACHIDE CERVICALE CON CONTRASTO

TAC RACHIDE DORSALE

TAC RACHIDE DORSALE CON CONTRASTO

TAC RACHIDE LOMBARE

TAC RACHIDE LOMBOSACRALE CON CONTRASTO

TAC RACHIDE SACRO-COCCIGEO

TAC RACHIDE SACROCOCCIGEO CON CONTRASTO

TAC ROCHE PETROSE-MASTOIDI

TAC ROCHE PETROSE-MASTOIDI CON CONTRASTO

TAC SELLA TURCICA

TAC SELLA TURCICA CON CONTRASTO

TAC MASSICCIO FACCIALE-SENI

TAC MASSICCIO FACCIALE-SENI CON CONTRASTO

TAC ORBITE

TAC ORBITE CON CONTRASTO

DACRIO-TAC

HME RADIOLOGIA-TAC SEGMENTI SCHELETRICI

TAC BACINO

TAC CAVIGLIA/PIEDE DESTRO

| |
|--|
| TAC CAVIGLIA/PIEDE DESTRO CON CONTRASTO |
| TAC CAVIGLIA/PIEDE SINISTRO |
| TAC CAVIGLIA/PIEDE SINISTRO CON CONTRASTO |
| TAC COXOFEMORALE/FEMORE DESTRO |
| TAC COXOFEMORALE/FEMORE DESTRO CON CONTRASTO |
| TAC COXOFEMORALE/FEMORE SINISTRO |
| TAC COXOFEMORALE/FEMORE SINISTRO CON CONTRASTO |
| TAC GINOCCHIO/GAMBA DESTRO |
| TAC GINOCCHIO/GAMBA DESTRO CON CONTRASTO |
| TAC GINOCCHIO/GAMBA SINISTRO |
| TAC GINOCCHIO/GAMBA SINISTRO CON CONTRASTO |
| TAC GOMITO/AVAMBR. DESTRO |
| TAC GOMITO/AVAMBR. DESTRO CON CONTRASTO |
| TAC GOMITO/AVAMBR. SINISTRO |
| TAC GOMITO/AVAMBR. SINISTRO CON CONTRASTO |
| TAC POLSO/MANO DESTRO |
| TAC POLSO/MANO DESTRO CON CONTRASTO |
| TAC POLSO/MANO SINISTRO |
| TAC POLSO/MANO SINISTRO CON CONTRASTO |
| TAC SPALLA/BRACCIO DESTRO |
| TAC SPALLA/BRACCIO DESTRO CON CONTRASTO |
| TAC SPALLA/BRACCIO SINISTRO |
| TAC SPALLA/BRACCIO SINISTRO CON CONTRASTO |
| ANGIO-TAC ARTO INFERIORE DESTRO |
| ANGIO-TAC ARTO INFERIORE SINISTRO |
| ANGIO-TAC ARTO SUPERIORE DESTRO |
| ANGIO-TAC ARTO SUPERIORE SINISTRO |
| ARTRO-TAC SPALLA DESTRA |
| ARTRO-TAC SPALLA SINISTRA |
| ARTRO-TAC GOMITO DESTRO |
| ARTRO-TAC GOMITO SINISTRO |
| ARTRO-TAC GINOCCHIO DESTRO |
| ARTRO-TAC GINOCCHIO SINISTRO |

| |
|------------------|
| ANGIO-TAC COLLO |
| ANGIO-TAC CRANIO |

HME RADIOLOGIA-TAC DENTAL SCAN

| |
|---|
| TC ARCATE DENTARIE (DENTALSCAN) INFERIORE |
| TC ARCATE DENTARIE (DENTALSCAN) SUPERIORE |
| TC ARCATA DENTARIA (DENTALSCAN) SUPERIORE/INFERIORE |