



ASL Oristano

**DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO**  
**UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA**

Prot. N. 2620050

Oristano, 16.06.2010

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi  
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.

AL SERVIZIO PROVVEDITORATO

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [REDACTED], prot. n° 42887 del 15.06.2010, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "[REDACTED]", si certifica che i presidi in oggetto sono indispensabili per la terapia ventilatoria praticata dall'assistito.

Allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, a integrazione della precedente richiesta così come specificato in oggetto, dell'assistito B.B.

- N° 1 Ventilatore autoCPAP con le seguenti caratteristiche tecniche: caratteristiche di silenziosità, possibilità di inserire umidificatore a caldo, maneggevolezza, agevole regolazione delle pressioni, dimensione e peso contenuti, possibilità monitoraggio adesione al trattamento, codice ISO 03.03.15;
- N° 3 maschera facciale misura M in gel di silicone;
- N° 3 circuiti Paziente "not disposable";
- N° 12 filtri antibatterici;
- N° 4 filtri macchina;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu

**ASSISTENZA INTEGRATIVA**  
(Modello di prescrizione)

Visita successiva ☐

1° Visita ☐

Allegare certificato di residenza

Cognome e Nome assistito

Data e Luogo di nascita

Indirizzo (città, via, n°)

Diagnosi circostanziata:

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] Via [REDACTED] Tel. [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**Presidio Proposto**  
Descrizione

Codice Tariffario  
(se previsto)

- 1) **Ventilatore autoCPAP**
- 2) **N° 3 maschere faciali per CPAP misura M in gel di silicone**
- 3) **N° 3 circuiti Paziente "not disposable"**
- 4) **N° 12 filtri antibatterici**
- 5) **n° 4 filtri macchina**
- 6)

**Programma terapeutico** (Tempi di impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali controindicazioni - Significato terapeutico e riabilitativo)

**Ventilazione notturna per almeno 8 ore range di pressione 17 - 20 cm di H2O**

**Per i minori di anni 18:** il richiedente necessita di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente?

Firma dello specialista solo in caso di risposta affermativa

**Per i maggiori di anni 18:**

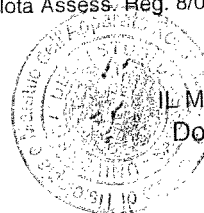
**N.B. All'attenzione del medico prescrittore:** la presente certificazione può essere rilasciata esclusivamente a pazienti che si trovino nelle condizioni sottoelencate.

**Riportare la dicitura corrispondente allo stato del paziente:**

**"Data la patologia riscontrata, il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33%"**  
**(Nota Assess. Reg. 8/07/1992)**

- Invalido civile / di guerra / di servizio /privo di vista / sordomuto
- Istante in attesa di riconoscimento con riduzione della capacità lavorativa superiore a 1/3 già riconosciuta dalla Commissione Medica A.U.S.L.
- Istante in attesa di accertamento per indennità di accompagnamento.
- Istante entero-urostomizzato
- "Data la patologia riscontrata, il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33%" (Nota Assess. Reg. 8/07/1992)
- Paziente Allettato

Data: 11/06/2010



IL MEDICO SPECIALISTA  
Dott. N. P. L. Santoni

[Handwritten signature]

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA – SASSARI

---



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI

ISTITUTO DI FISILOGIA  
E MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN MALATTIE  
DELL'APPARATO RESPIRATORIO  
Direttore: Prof. Pietro Pirina

Università – Piazza Università  
Tel.: 079/228370 - 079/2151095  
fax 079/2151104  
Recapito postale  
Viale San Pietro – Nuovo Edificio  
07100 Sassari

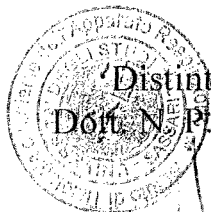
Chiar.mo Sig.  
Responsabile Ufficio Acquisti  
Azienda USL n° 5 ORISTANO

Oggetto: Richiesta di ventilatore pressometrico autoCPAP per il paziente [REDACTED]  
[REDACTED] nato a [REDACTED] e di [REDACTED] in via [REDACTED], affetto da  
[REDACTED]  
[REDACTED].

Con le seguenti caratteristiche tecniche:

- Caratteristiche di silenziosità
- Possibilità di inserire umidificatore a caldo
- Maneggevolezza
- Agevole regolazione delle pressioni
- Dimensione e peso contenuti
- Possibilità monitoraggio adesione al trattamento.

Sassari 11/06/2010



Distinti Saluti  
Dott. N. P. L. Santoni

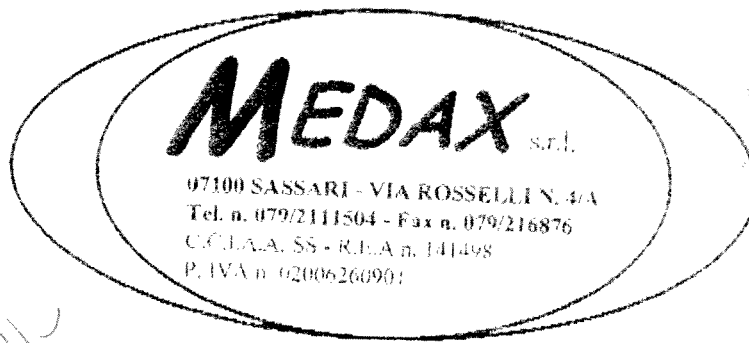


Foto  
23/7/10

Sassari 28/07/2010  
Ns. Rif. A28/07-GC

Spett.le  
Azienda U.S.L. n. 5  
Servizio Provveditorato  
Via G. Carducci n. 35  
- ORISTANO -

OGGETTO: Offerta per la fornitura di un ventilatore polmonare.  
Rif. Vs. Prot. n. 53701/E.F. del 27/07/2010.

Sottoponiamo alla Vs. cortese attenzione ns. offerta per la fornitura del materiale di seguito elencato.

N. 01 Pz. Art. 1V00026 - Ventilatore polmonare AUTO-CPAP, mod. Sandman AUTO, orig. Covidien  
Possibilità di inserire umidificatore a caldo

Prezzo unitario: € 840,00 + IVA

N. 03 Pz. Art. MAREPL13 - Maschera facciale in gel di silicone, mis. M, mod. "Profile",  
completa di calottina di supporto e valvola aspiratoria

Cad. € 98,00 + IVA

N. 03 Pz. Art. CIRUMONO - Circuito respiratorio

Cad. € 8,00

N. 12 Pz. Art. 9DF001 - Filtro antibatterico

Cad. € 1,00

N. 04 Pz. Art. M-414840-06 - Filtro macchina dedicato

Cad. € 6,00

Totale fornitura: € 1.194,00 + IVA

La MEDAX si impegna a

- > garantire la funzionalità del presidio per tutto il periodo di concessione dell'apparecchio all'utente;
- > provvedere tempestivamente alla sostituzione dell'apparecchiatura nei casi in cui si renda necessario un controllo o una riparazione;
- > garantire l'assistenza tecnica a domicilio del paziente.

Condizioni di fornitura:

- IVA di legge a Vs. carico;
- ( Si precisa che sarà applicata l'aliquota IVA al 4% in presenza delle condizioni previste dalla normativa vigente );
- Validità dell'offerta: sino al 31/12/2010;
- Tempi di consegna: 10 gg.;
- Imballo gratis - consegna e collaudo ns. carico c/o domicilio del paziente;
- Garanzia: mesi 12 dalla data del collaudo;
- Pagamento a mezzo Bonif. Bancario 90 gg. D.R.F.

Distinti saluti

**MEDAX s.r.l.**

Amministratore

*Antonio Hure*

Ditta MEDAX

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE	PAZIENTE
1	VENTILATORE AUTOCAP SANDMAN MODELLO COVIDIEN	1V00026	1	€ 840,00	840,00	B.B.
2	MASCHERA FACCIALE IN GEL DI SILICONE MISURA M.MOD. PROFILE LITE COMPLETA DI CALOTTINA DI SUPPORTO E VALVOLA ESPIRATORIA	MAREPL13	3	€ 98,00	294,00	
3	CIRCUITO PAZIENTE	CIRUMONO	3	€ 8,00	24,00	
	FILTRO ANTIBATTERICO	9DF001	12	€ 1,00	12,00	
	FILTRO MACCHINA DEDICATO	M-414840-06	4	€ 6,00	24,00	
				TOT.	1194,00	
				IVA 4%	47,76	
				TOTALE	1241,76	

3  
375  
29.07.10