



Allegato n° 3  
54  
22.11.20

Sassari 26/04/2010  
Ns. Rif. A26/04-GC

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

OGGETTO: Offerta per la fornitura di ventilatori polmonari.  
Rif. Vs. Prot. n. 29188/EF del 21/04/2010.

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

- N. 02 Pz. Art. 1V00025 - Ventilatore polmonare CPAP Sandman modello INFO, con SMART CARD, originale Covidien completo di umidificatore  
Prezzo unitario: € 340,00 (trecentoquaranta/00) + IVA
- N. 04 Pz. Art. MAREPL03 - Maschera nasale con whisper swivel, mis. M (conf. x 1 pz.) Cad. € 60,00  
(sessanta/00) + IVA
- N. 04 Pz. Art. NUWI0001 - Calottina di supporto alla maschera (conf. x 1 pz.) Cad. € 5,00 (cinque/00) + IVA
- N. 04 Pz. Art. 191212-001800 - Circuito respiratorio (conf. x 1 pz.) Cad. € 8,00 (otto/00) + IVA
- N. 24 Pz. Art. 9DF001 - Filtro ricambio ventilatore (conf. x 1 pz.) Cad. € 1,00 (uno/00) + IVA

Totale fornitura: € 996,00 (novecentonovantasei/00) + IVA 4%  
Prezzo Totale IVA inclusa: € 1.035,84 (milletrentacinque/84)

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 con altra delle stesse caratteristiche, nei casi in cui si renda necessario un controllo o una riparazione;
- > garantire l'assistenza tecnica a domicilio del paziente per la sostituzione periodica dei filtri.

Condizioni di fornitura:

- IVA 4% Vs. carico;
- Validità dell'offerta: sino al 31/12/2010;
- Tempi di consegna: 20 gg.;
- Imballo gratis - consegna e collaudo ns. carico;
- Garanzia: mesi 24 dalla data del collaudo;
- Pagamento a mezzo Bonif. Bancario 90 gg. D.R.F.

Distinti saluti

**MEDAX** s.r.l.  
L'Amministratore  
*Antonio Mare*

100  
11/10/10  
m

Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato n° 54 del 22/11/2010  
Composto di n° 2 fogli



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

Prot. N. 2782430

Oristano, 01.10.2010

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° 66328 del 01.10.2010, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "Sdr delle apnee ostruttive di grado moderato con eccessiva sonnolenza diurna", 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 C.L.

- N° 1 Ventilatore presso metrico CPAP FISSA con memory-card o sistema di trasferimento dati, codice ISO 03.03.15;
- N° 2 maschera oronasale tipo full face mask con valvola espir misura M;
- N° 2 filtri di ricambio;
- N° 3 circuiti respiratorio;
- N° 6 filtri macchina;
- N° 1 Umidificatore attivo regolabile;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Debona -

Handwritten signature of Dr. Antonio Debona in black ink.

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

Handwritten signature of Fausto Spanu in black ink.



AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA DI CAGLIARI  
PRESIDIO DI MONSERRATO

Struttura di Neurofisopatologia

Centro per la diagnosi e cura dei Disturbi del Sonno

Direttore: Prof. Francesco Marrosu

Tel. 070 5109 6016 – 070 5109 6035

ASSISTENZA INTEGRATIVA

COGNOME e NOME ASSISTITO [REDACTED]

Codice regionale [REDACTED] codice fiscale [REDACTED]

Data e luogo di nascita [REDACTED] Sesso F

ASL di appartenenza dell'assistito .Provincia ...Regione...Sardegna.....

Medico Curante di libera scelta...

DIAGNOSI: **sindrome** [REDACTED]

Formulata in data Da: Medico Specialista Dr MONICA PULIGHEDDU

1. CENTRO PER LA DIAGNOSI E LA CURA DEL SONNO

PRESIDIO PROPOSTO:

DESCRIZIONE

- 1 **601.11.01 ventilatore presso metrico (CPAP FISSA) con memory -card o sistema di trasferimento dati\***
- 2 **maschera oronasale tipo e full face mask con valvola espir .Misura M quantità: 2**
- 3 **filtri ricambio quantità:2**
- 4 **Circuito respiratorio quantità:3**
- 5 **Filtro macchina quantità:6**
- 6 **Umidificatore attivo regolabile quantità:1**

*\*Al fine di ottenere un adeguato follow-up del paziente e ridurre la necessita di ricoveri per monitoraggi cardiorespiratori di controllo gli apparecchi dovrebbero essere dotati dei seguenti sistemi di raccolta e trasferimento dati:*

- REGISTRAZIONE DATI PER 365 GG SULL'APPARECCHIO E/O 180 GG SU MEMORY CARD SOFTWARE PER LA MEMORIZZAZIONE, LA VISUALIZZAZIONE E LA STAMPA DEI DATI DI COMPLIANCE E DEI DATI DETTAGLIATI (PRESSIONE, PERDITE E INDICE APNEE/IPOPNEE DEL PAZIENTE) DEGLI ULTIMI 5 GG.
- POSSIBILITA' DI INTERFACCIAMENTO PER LA LETTURA E LA STAMPA DEI SEGUENTI DATI:
  1. PRESSIONE
  2. PERDITE
  3. VOLUME MINUTO
  4. FLATTENING
  5. RUSSAMENTO
  6. INDICE DELLE APNEE E IPOPNEE
  7. DURATA DEGLI EVENTI
  8. SATURIMETRIA
  9. FREQUENZA CARDIACA

data la patologia riscontrata il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le minoranze e malattie invalidanti di cui al DM 5.2.1992 N43.

Data  
Timbro e firma del medico prescrittore **AOU-Cagliari - Presidio di Monserrato** Timbro del Centro  
*Centro Regionale per la diagnosi e cura dei disturbi del Sonno*

*DR.SSA MONICA PULIGHEDDU*  
**Struttura di Neurofisopatologia**  
**Direttore: Prof. Francesco Marrosu**

PROSPETTO DI AFFIDAMENTO VENTILATORE POLMONARE COMPLETO DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

**Ditta MEDAX**

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE CPAP SANDMAN MODELLO INFO CON SMART CARD ORIGINALE COVIDIEN COMPLETO DI UMIDIFICATORE	1V00025	1	€ 340,00	340,00
2	MASCHERA NASALE MISURA M. CON WISPER SWIVEL	MAREPL03	2	€ 60,00	120,00
3	CUFFIA REGIMASCHERA	NUWI0001	2	€ 5,00	10,00
4	CIRCUITO PAZIENTE	191212- 001800	3	€ 8,00	24,00
5	FILTRO RICAMBIO VENTILATORE	9DF001	6	€ 1,00	6,00
				TOT.	500,00
				IVA 4%	20,00
				<b>TOTALE</b>	<b>520,00</b>

Allegato n° 3 alla determinazione  
 Serv. Finanziaria n° 511 del 22-11-2014  
 Comp. 301 1