

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

For
15/10/10

Prot. N. 2798367

Oristano, 11.10.2010

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° 68467 del 11.10.2010, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [REDACTED]

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 T.A.

- Ingranditore ottico portatile con telecamera, codice ISO 21.06.03.006;

Distinti saluti.

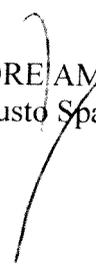
IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -



L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -



Servizio Sanitario - Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
Nato a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica Malore degenerativa

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue _____

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare _____

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto
Roborazione intellettive

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>INGRANDITORE OTTICO PORTATILE</u>		<u>310603006</u>	<u>1</u>

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

- a. se trattasi di fornitura che ha superato i tempi minimi di rinnovo ed è guasto rotto usurato
data dell'ultima fornitura _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo
(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

trattasi di presidio: guasto rotto usurato sostituzione componenti usurate
 Altro _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)
 particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di **minore di anni 18**

rinnovo dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva
 rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta**: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
- minore di anni 18**, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

- istante in attesa di accertamento** di invalidità
- trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

07/11/10

Lo Specialista
POLIAMBULATORIO - CRISTANO
OCULISTICA
Dot. Donato Alessandro

Note:
La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. N. 2760916

Oristano, 20.09.2010

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. ██████████ prot. n° 63318 del 17.09.2010, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da ██████████ (1/20) ", si certifica che i presidi in oggetto sono indispensabili per la terapia praticata dall'assistito.

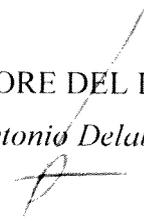
Allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, a integrazione della precedente richiesta così come specificato in oggetto, dell'assistito P.A.R.G.

- Ingranditore ottico portatile con telecamera, codice ISO 09.12.24.003;

Distinti saluti.

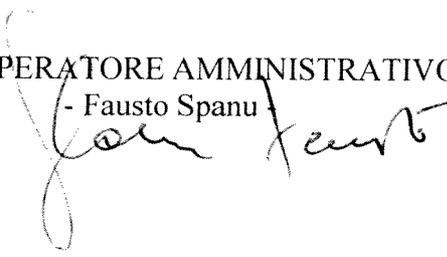
IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -



L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu



Servizio Sanitario - Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

pagato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

Nome [REDACTED] COGNOME [REDACTED] ETÀ: [REDACTED]
 nato a [REDACTED] il [REDACTED] C.F. [REDACTED]
 residente in [REDACTED] Via [REDACTED] N. [REDACTED]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica Grande carenza di udito - IPACo retinale OD

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue Uditi residui 1/20

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare Compensare delle
difficoltà uditive residue (INGRANDITORI OTICI)

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto
Proteggere uditive (fidel vocale)
Auxili (orologio, sveglia, termometro)

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
INTESI VOCALE AUDIOPHONE	201 11 01	21 08 15 003	1
ROLOGIO DA POLSO	201 01 03	08 51 03 003	1
VEGLIA TATTILE	201 01 011	08 51 08 003	1
TERMOMETRO SONORO	201 01 017	08 48 03 003	1
INGRANDITORE OTICO PORTATILE		21 06 03 008	1

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del M 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

caso di fornitura successiva alla prima indicare:

- a. se trattasi di fornitura che ha superato i tempi minimi di rinnovo ed è guasto rotto usurato
 data dell'ultima fornitura _____ dichiarato che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che ha **non superato** i tempi minimi di rinnovo

(condizioni di cui al co. 3 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

trattasi di presidio: guasto rotto usurato sostituzione componenti usurate

Altro _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99).

modifica dello stato psico-fisico (allegare relazione dettagliata)

particolari necessità terapeutiche (allegare relazione dettagliata)

c. se trattasi di **minore di anni 18**

rinnovo dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva

rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma ai casi di cui sopra (indicare)

Situazione dell'avente diritto

Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

invalido già riconosciuto (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)

invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta

trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

trattasi di invalido al 100% con indennità di accompagnamento **riconosciuta**: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

istante in attesa di accertamento di invalidità

trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 18/80 in quanto si trova nella "impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore ovvero non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua": la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

16/09/0

Lo Specialista

POLIAMBULATORIO - ORISTANO

OCULISTICA

Dott. Donaera Alessandro

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN



Società di servizi ad elevato contenuto tecnologico nell'area dell'handicap

Cap.Soc.le Euro 619.200 i.v. - R.I. PD 40356

C.C.I.A.A. PD 238698 del 03-09-92

VIA IV NOVEMBRE, 12/B - 35017 PIOMBINO DESE (PD)

Tel. 049/9366933 - 938 - 843 - Fax 049/9366950

commerciale@tiflosystem.it

C. F. 01985200268 - P. IVA 02557700289

SPETT.LE

AZ. USL 5 - ORISTANO
VIA CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO (OR)

FAX 0783-73315

COD. CLIENTE	TELEFONO	FAX	PERSONA DI RIFERIMENTO	N° PREVENTIVO	DATA	PAGINA
01971	0783-317702	0783-301765	Utente5	2594	24/12/2010	1
CODICE	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	SC. %	PREZZO TOTALE	IVA
21.06.03.006	prot. 82462 E.F. VIDEOINGRANDITORE PORTATILE	1,00				4
ING09TF0000096	EYE C. INGR. PORTATILE	2,00	590,0000		1.180,00	4
-COND/ASL	Videoringranditore tascabile a colori con 5 livelli di ingrandimento digitali. Ingrandimento da 1.5x a 17x. Schermo LCD 4.3'con immagine ad elevato contrasto. Visualizzazione a colori naturali e 6 colori artificiali per tutte le esigenze. Funzione di fermo immagine per una facile visualizzazione e supporto per scrittura integrato. CONDIZIONI DI FORNITURA: 1) I prezzi si intendono IVA ESCLUSA AL 4%; 2) consegna: 30 gg. lavorativi da ricevimento conferma d'ordine; 3) le apparecchiature proposte hanno marchio CE direttamente riscontrabile sul prodotto, sono fornite con relativa dichiarazione CE e sono conformi alle normative in vigore; 4) tutti i prodotti vengono forniti con relativo manuale d'uso in lingua italiana; 5) la garanzia è di mesi 12; la scrivente TifloSystem S.p.A. garantisce durante il periodo di garanzia, assistenza tecnica sul prodotto con eventuale sostituzione delle parti difettose o non funzionanti dello stesso, presso la propria sede di Piombino Dese (PD) in orario lavorativo (dal lunedì al venerdì, festività escluse - dalle ore 8.30 alle ore 13.00 e dalle ore 14.30 alle ore 18.00) previa segnalazione telefonica. Le spese di spedizione della merce difettosa sono a carico del cliente. 6) SPESE DI SPEDIZIONE: A NS. CARICO; 7) EVENTUALI SPESE DI INSTALLAZIONE E BREVE AVVIAMENTO ALL'USO: ESCLUSE A CARICO DEL	1,00				4
SEGUE						
TOTALE	SCONTI	IMPORTO SCONTO	TOTALE NETTO	SPESE TRASPORTO	TOTALE IVA	Totale EURO

Su eventuali ritardi nei pagamenti saranno addebitati gli interessi di mora.



Società di servizi ad elevato contenuto tecnologico nell'area dell'handicap

SPETT.LE

Cap.Soc.le Euro 619.200 i.v. - R.I. PD 40356
C.C.I.A.A. PD 238698 del 03-09-92

AZ. USL 5 - ORISTANO
VIA CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO (OR)

VIA IV NOVEMBRE, 12/B - 35017 PIOMBINO DESE (PD)
Tel. 049/9366933 - 938 - 943 - Fax 049/9366950
commerciale@tiflossystem.it
C. F. 01985200268 - P. IVA 02557700289

FAX 0783-73315

COD. CLIENTE	TELEFONO	FAX	PERSONA DI RIFERIMENTO	N° PREVENTIVO	DATA	PAGINA
01971	0783-317702	0783-301765	Utente5	2594	24/12/2010	2
CODICE	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	SC.%	PREZZO TOTALE	IVA
	DESTINATARIO 8) Pagamento: competenza ASL a 90 gg. d.f. a mezzo bonifico bancario; eventuale competenza utente: pagamento alla consegna. 9) validità dell'offerta: 60 gg.					
TOTALE	SCONTI	IMPORTO SCONTO	TOTALE NETTO	SPESA TRASPORTO	TOTALE IVA	Totale EURO
1.180,00			1.180,00		47,20	EUR 1.227,20

Su eventuali ritardi nei pagamenti saranno addebitati gli interessi di mora.

Rimanendo a Vs. disposizione per quant'altro di nostra competenza, siamo lieti con l'occasione di porgerVi distinti saluti.

Tiflossystem S.p.A.

In ottemperanza alla Legge 675/96 La informiamo che il suo nominativo compare nella banca-dati della Tiflossystem SpA e viene utilizzato per l'invio di materiale informativo. Ai sensi dell'art. 13 L.675/96 potrà, in ogni momento, avere accesso a tali dati, chiederne la modifica o la cancellazione scrivendo a:
Tiflossystem SpA - Via IV Novembre, 12/B - 35017 Piombino Dese (PD)