

19/5/11

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5  
ORISTANO

Prot. N° 3155325

Allegato n° 1  
Serv. Provveditorato N° 251 alla determinazione del 24.05.2011  
Composto di n° 3 Oristano, li 12.05.2011

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [REDACTED] prot. n° 32841 del 11.05.2011, 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, dell'assistito [REDACTED]

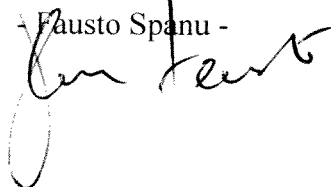
- Ventilatore Auto CPAP (AUTO HC della ditta SANDMAN) con Umidificatore, codice ISO 03.03.15;
- N° 2 Maschera FullFace Ultra Mirage Resmed con calotta di supporto;
- N° 2 tubo corrugato per ventilatore;
- N° 12 filtri di ricambio ventilatore;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

Fausto Spanu -



---

*Presidio Pneumotisiologico***Oristano li, 10-05-2011**Prot. 27

Al Sig. Responsabile  
Ufficio Assistenza Protesica  
S E D E

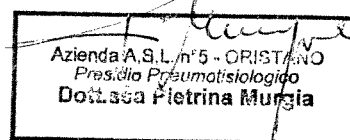
**Oggetto: Dichiarazione di scelta ventilatore BILEVEL**

In riferimento alla richiesta del ventilatore AutoCPAP(AUTO HC della ditta SANDMAN), prescritto per il signor ██████████ residente ██████████ in via ██████████, si precisa che il ventilatore in oggetto, è risultato idoneo alle esigenze del paziente, ben tollerato e ha permesso un ottimo controllo delle apnee e delle desaturazioni. Per tali motivi si è ritenuto opportuno prescrivere il ventilatore testato, al quale il paziente si è adattato perfettamente.

Restando a disposizione per ulteriori chiarimenti, si porgono

Distinti saluti

D.ssa Murgia Pietrina



Allegato 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 [redacted]  
 Valutazione dei deficit 7337  
 Valutazione funzionale e abilità residue Normale vita di relazione e professionale  
 5 in grado di comprendere modelli e frasi dell'uso  
 del Ventilatore  
 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  
Uso del Ventilatore è finalizzato ad evitare l'insorgere di insuff. respiratoria  
 durante il sonno e del conseguente crollo - pressione e ipertensione

Tempi di impiego previsti  
Se usare tutte le notti con modelli autoregolanti

**PRESIDI PROPOSTI**

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
- Ventilatore Auto CPAP Sandmann Auto HC + Ventolatore	601.4.01	03.03.15	1
- Roselevo full fase Ultra Proge Reserve con celerità di supporto			3
Tubi accessori per Ventilatore			2
Folte di ricambio Ventilatore			12

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



**SERVIZI E CURE DOMICILIARI**

Domolife S.r.l. Codice Fiscale P. IVA 00438170680  
Via Aterno, 56 - 65128 Pescara(PE)  
**NUMERO VERDE 800 - 019676** fax 085 52 696  
WWW.DOMOLIFE.IT - INFO@DOMOLIFE.IT



SOSTITUISCE LA PRECEDENTE  
Sig. Gregorio Pag 1

Allegato n° 9 alla determinazione  
Serv. Provveditorato n° 251 del 24.05

**OFFERTA ECONOMICA** Composto di n° 1 fogli

**RIFERIMENTO OFFERTA:****CLIENTE:**

Pescara, 23/05/2011

**Numero:** 317-vtd  
**Del:** 23 maggio 2011  
**Utente:** Sig. Di Gregorio  
**Telefono:** uff. 085 43 11 988

Spett.le Az. USL ORISTANO  
Via Carducci, 35 09170 - Oristano  
Direttore Servizio Provveditorato  
fax 0783 73 315  
Vs. Rif. Prot. N. 35780/ E. F. 23.05.2011

Tutti i materiali forniti dalla DOMOLIFE S.r.l sono conformi alla **Direttiva 93 / 42 CE-MDD ( Medical Devices Directive )** recepita in Italia con **D. Lgs 46 / 97**.

Domolife è lieta di sottoporre alla vostra attenzione la propria offerta economica per il materiale di seguito descritto occorrente a vostri assistiti.

**OGGETTO: offerta fornitura ventilatori e materiale di consumo.**

CODICE PRODOTTO	DESCRIZIONE ARTICOLO	UNITA' DI MISURA	QUANTITA' OFFERTA	PREZZO UNITARIO	SCONTO % APPLICATO	IMPONIBILE IVA ESCLUSA	I.V.A
1V00036	Ventilatore AUTO C-PAP Covidien SANDMAN AUTO HC (con card scarico dati)	NR.	01	€ 575,00		€ 575,00	4%
1U00006	Umidificatore GKH20	NR.	01	€ 75,00		€ 75,00	4%
1MA00083	Maschera FULL FACE ULTRA MIRAGE II Res Med (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 125,00		€ 250,00	4%
1M00020	Circuito paziente mono tubo RUSCH cm 180	NR.	02	€ 3,00		€ 6,00	4%
1M00069	Filtro macchina DAR Barrierbac "S"	NR.	12	€ 0,90		€ 10,80	4%
1M00004	Filtro antipolvere/antipolline	NR.	02	omaggio		omaggio	4%
	CAVO ALIMENTAZIONE RETE	NR.	01				
	BORSA PER TRASPORTO	NR.	01				
	MANUALE IN ITALIANO	NR.	01				

**- Prezzo totale a Voi riservato € 916,80 (EURO novecentosedici/80)**

**CONDIZIONI DI FORNITURA:**

**Trasporto/Consegna:** Ns. carico  
**Garanzia:** 24 mesi per i dispositivi medici  
**I.V.A.:** a Vs. totale carico norma di legge 4%  
**Validità offerta:** 31 dicembre 2011  
**Consegna:** 5 giorni lavorativi  
**Pagamento:** solito in uso  
**Note:** in caso di Vs. ordine citare il numero di riferimento offerta

Sicuri di aver fatto cosa gradita, cogliamo l'occasione per porgere cordiali saluti

**DOMOLIFE s.r.l.**  
L'Amministratore  
Nicola Spadini

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
A.S.L. n° 5 - ORISTANO  
Dipartimento Amministrativo  
Servizio Provveditorato

24 MAG 2011

Arrivato il \_\_\_\_\_  
Prot. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_