

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

ABS  
6/6

Ege  
6/6/11  
lu

Prot. N° 3190268

Allegato n° 1 alla determinazione

Serv. Provved. n° 27 del 06.06.2011

Composto di 4 fogli

Oristano, li 03.06.2011

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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

Al Servizio Acquisizione Beni

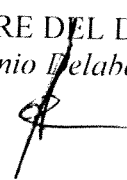
SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted] prot. n° 38359 del 03.06.2011, 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]

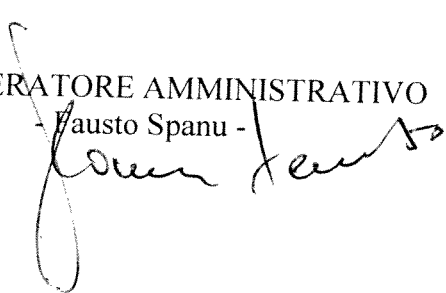
- Ventilatore CPAP con SMART CARD e Umidificatore, codice ISO 03.03.15;
- N° 2 Maschera in silicone profile lite M-S Respironics con Wisper-Swivel;
- N° 2 calottine di supporto;
- N° 2 tubo raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri di ricambio ventilatore;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
- Dr. Antonio Felabona -




L'OPERATORE AMMINISTRATIVO  
Fausto Spanu -



SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna  
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO  
Servizio Materno Infantile  
Distretto di Oristano

**UFFICIO ASSISTENZA PROTESI ED AUSILI**

 0783 / 317702

ASSISTENZA PROTESICA

\* Diretta

Protesi e Ausili Tecnici ( D.M. 27/08/99 N°332)

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente

---

Cognome: [redacted] Nome [redacted] C.R. [redacted]  
Nato a: [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]  
Residente a [redacted] Recapito [redacted] Tel. [redacted]

---

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data 01/06/2011 Dott. Murgia Pietrina

**Si autorizza la fornitura del seguente materiale da ritirare presso il Servizio Farmaceutico**

N°	Presidio Autorizzato	Codice
1	Ventilatore polmonare CPAP	°03.03.15
0		
0		
0		
0		
0		
0		

---

**Parte autorizzativa**

Prot. n°: 38360 del 03/06/2011

Aut.N°: 7022/P

---

Il Direttore del Distretto

Timbro

Il Funzionario Amministrativo

Data Ritiro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Per ricevuta \_\_\_\_\_

*for [redacted]*

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 \_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Residente in \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO**

Diagnosi clinica \_\_\_\_\_  
Valutazione dei deficit > 33% I  
Valutazione funzionale e abilità residue Normale vita di relazione e professionale  
E un grado di comprensione mobilità e fluidità nell'uso delle  
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  
L'uso del Ventilatore è finalizzato ad evitare l'insorgenza di insuff. Resp. durante il sonno e sue complicanze cardio-vascolari e metaboliche.

Tempi di impiego previsti  
Da usare tutte le notti con presenza di ~~90%~~ di umidità

**PRESIDI PROPOSTI**

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Ventilatore CPAP con SMART CARDS</u> <u>+ Umidificatore</u>	<u>601. 11-01</u>	<u>03-03-15</u>	<u>1</u>
<u>Maschera in silicone profile lite</u>			<u>2</u>
<u>M-S Respirators con Whisper-SWivel</u>			<u>2</u>
<u>Colletto N support</u>			<u>2</u>
<u>Tubi nasali in Ventilatore</u>			<u>2</u>
<u>Folte Noresudato Ventilatore</u>			<u>12</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

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 \_\_\_\_\_  dichiarato 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

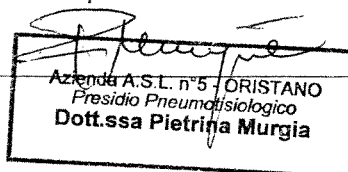
- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità 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

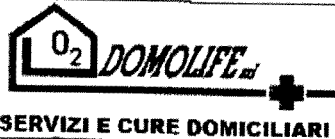
Or. 24-05-2011

Lo Specialista



### Note:

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



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*



Allegato n° 2 alle determinazioni  
Serv. Provveditorato n° 270 del 06.06.2011  
Composto di n° 4 fogli

*Fae 3/3/11*

### OFFERTA ECONOMICA

**RIFERIMENTO OFFERTA:**

**CLIENTE:**

Pescara, 07/03/2011

**Numero:** 131-vtd  
**Del:** 07 marzo 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. 17583/ E. F. 07.03.2011

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**

CODICE PRODOTTO	DESCRIZIONE ARTICOLO	UNITA' DI MISURA	QUANTITA OFFERTA	PREZZO UNITARIO	SCONTO % APPLICATO	IMPONIBILE IVA ESCLUSA	I.V.A
1V00038	Ventilatore C-PAP Covidien SANDMAN INFO HC (con card scarico dati)	NR.	01	€ 300,00		€ 300,00	4%
1MA00083	Maschera nasale ULTRA MIRAGE II Res Med tg. M (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 66,00		€ 132,00	4%
1M00020	Circuito paziente mono tubo WILAMED cm 180	NR.	02	€ 3,00		€ 6,00	4%
1M00069	Filtro macchina DAR Barrierbac "S"	NR.	12	€ 0,90		€ 10,80	4%
	BORSA PER TRASPORTO	NR.	01				
	CAVO ALIMENTAZIONE RETE	NR.	01				
	MANUALE IN ITALIANO	NR.	01				

**LOTTO N. 1 - Prezzo totale a Voi riservato € 448,80 ( EURO quattrocentoquarantotto/80 )**

**LOTTO N. 1 - Prezzo totale a Voi riservato € 466,75 ( EURO quattrocentosessantasei/75 ) iva inclusa**

CODICE PRODOTTO	DESCRIZIONE ARTICOLO	UNITA' DI MISURA	QUANTITA OFFERTA	PREZZO UNITARIO	SCONTO % APPLICATO	IMPONIBILE IVA ESCLUSA	I.V.A
1V00038	Ventilatore C-PAP Covidien SANDMAN INTRO HC (con card scarico dati)	NR.	01	€ 245,00		€ 245,00	4%
1MA00083	Maschera nasale Sleep Net IQ (con cuffia reggi maschera e Whisper Swivel)	NR.	03	€ 52,00		€ 156,00	4%
1M00020	Circuito paziente mono tubo WILAMED cm 180	NR.	03	€ 3,00		€ 9,00	4%
1M00069	Filtro macchina DAR Barrierbac "S"	NR.	24	€ 0,90		€ 21,60	4%
	BORSA PER TRASPORTO	NR.	01				
	CAVO ALIMENTAZIONE RETE	NR.	01				
	MANUALE IN ITALIANO	NR.	01				

**LOTTO N. 2 - Prezzo totale a Voi riservato € 431,60 ( EURO quattrocentotrentuno/60 )**

**LOTTO N. 2 - Prezzo totale a Voi riservato € 448,86 ( EURO quattrocentoquarantotto/86 )**

 <p><b>SERVIZI E CURE DOMICILIARI</b></p>	<p>Domolife S.r.l. Codice Fiscale P. IVA 00438170680 Via Aterno, 56 - 65128 Pescara(PE) <b>NUMERO VERDE 800 - 019676</b> fax 085 52 696 <i>WWW.DOMOLIFE.IT - INFO@DOMOLIFE.IT</i></p>	
--	---	---

**PER I PUNTI NON MENSIONATI NELLA SEGUENTE OFFERTA, SI ACCETTANO TUTTE LE CONDIZIONI RIPORTATE NELLA VOSTRA RICHIESTA DI OFFERTA ECONOMICA RIF. N. 17583 DEL 07.03.2011.**

**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

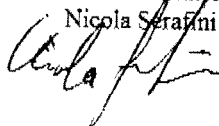
---


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

**DOMOLIFE s.r.l.**

L'Amministratore


Nicola Serafini





**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*



**OFFERTA ECONOMICA**

25/03/11

4

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

Pescara, 25/03/2011

**Numero:** 181-vtd  
**Del:** 25 marzo 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. 21099/ E. F. 22.03.2011

*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
1V00038	Ventilatore C-PAP Covidien SANDMAN INTRO HC (con card scarico dati)	NR.	03	€ 245,00		€ 735,00	4%
1U00006	Umidificatore GKH2O	NR.	03	€ 90,00		€ 270,00	4%
1MA00083	Maschera FULL FACE ULTRA MIRAGE II Res Med (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 140,00		€ 280,00	4%
1MA00103	Maschera oro nasale tipo FULL FACE con valvola espiratoria tg. S (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 130,00		€ 260,00	4%
1MA00024	Maschera nasale PROFILE LITE Respironics s/foro (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 90,00		€ 180,00	4%
1M00040	Whisper Exalation Port Respironics	NR.	02	€ 24,50		€ 49,00	4%
1MA00030	Maschera nasale PROFILE LITE Respironics con valvola CO2 incorporata tg. m (con cuffia reggi maschera)	NR.	03	€ 90,00		€ 270,00	4%
1M00020	Circuito paziente mono tubo WILAMED cm 180	NR.	07	€ 3,00		€ 21,00	4%
1M00069	Filtro macchina DAR Barrierbac 'S'	NR.	30	€ 0,90		€ 27,00	4%
1M00004	Filtro antipolvere/antipolline	NR.	12	€ 1,00		€ 12,00	4%
	CAVO ALIMENTAZIONE RETE	NR.	03				
	BORSA PER TRASPORTO	NR.	03				
	MANUALE IN ITALIANO	NR.	03				

**- Prezzo totale a Voi riservato € 2.104,00 (EURO duemilacentoquattro/00)**

**- Prezzo totale a Voi riservato iva compresa 4% € 2.188,16 (EURO duemilacentoottantotto/16)**

Regione Sardegna  
ASL n° 5 - ORISTANO  
Dipartimento Amministrativo  
Servizio Provveditorato

5 MAR 2011



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*



### 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 Serafini





PROSPETTO DI AFFIDAMENTO VENTILATORE COMPLETO DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

**Ditta DOMOLIFE**

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE CPAP COVIDIEN SANDMAN INFO HC CON CARD SCARICO DATI	1V00038	1	€ 300,00	300,00
2	UMIDIFICATORE GKH20	1U00006	1	€ 90,00	90,00
2	MASCHERA NASALE PROFILE LITE RESPIRONIC CON VALVOLA CO2 INCORPORATA TAGLIA M, CON CUFFIA REGGI MASCHERA	1MA00030	3	€ 90,00	270,00
3	CIRCUITO PAZIENTE MONO TUBO WILAMED CM 180	1M00020	2	€ 3,00	6,00
4	FILTRO ANTIPOLVERE/ANTIPOLLINE	1M00004	12	€ 1,00	12,00
				TOT.	678,00
				IVA 4%	27,12
				<b>TOTALE</b>	<b>705,12</b>

Allegato n° 3 alla determinazione  
 Serv. Provveditorato n° 24 del 06.06.20  
 Composto di n° 1 fogli