

For
4/7/11



Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° 322 del 4/07/11
Composto di n° 9 fogli

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTETICA

Prot. N. 3244870

Oristano, 07.07.2011

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° 46652 del 07.07.2011, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da ~~██~~

Allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito ~~██████████~~

- Ingranditore ottico portatile con telecamera, codice ISO 21.06.03.006:

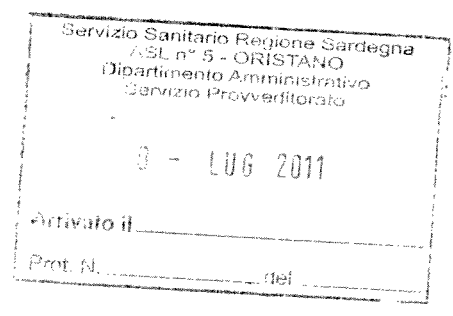
Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

Fausto Sparu -



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 DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
 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
RIGUARDI ESATTA' DELLA VITA E RELAZIONALI

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
V. PROTESI PORTATILE CON		210503006	
TELECOMANDO A MANO E REMOTE			
PORTATILE			

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, occorre 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 l'attas di fornitura che ha non superato tempo minimo di rinnovo
condizioni di cui all'art. 6 dell'art. 6 de D.M. 332/99.

- trattas. di presidio
- guasto
- rotto
- usurato
- sostituzione componenti usurate
- altro _____
- dichiaro che non è convenientemente riparabile

condizioni di cui all'art. 6 de D.M. 332/99.

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

se trattas di minore di anni 18

- rinnovo dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva
- rinnovo non dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva ma a cas. di cui sopra indicare

Situazione dell'avente diritto

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

- Invalido già riconosciuto (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- Invalido già riconosciuto per il quale viene chiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta:
 - trattas. di invalido con invalidità > al 32% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta. la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 32% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992
 - trattas. di invalido al 100% con indennità di accompagnamento riconosciuta. la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità superiore al 32% 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 de D.M. 332/99

- Istante in attesa di accertamento di invalidità
 - trattas. di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 16/80 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 32% secondo le tabelle indicative del D.M. 05.02.1992

SR 06-07.11

POLIAMBULATORIO ORISTANO
OCULISTICA
Dott.ssa Perla Anna Maria

Note:

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

*DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA*

Prot. N. 3244878

Oristano, 07.07.2011

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° 46650 del 07.07.2011, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da ~~_____~~

Allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito ~~_____~~

- Ingranditore ottico portatile con telecamera, codice ISO 21.06.03.006;

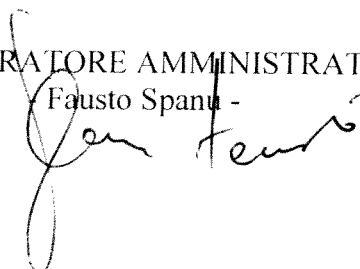
Distinti saluti.

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 DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
 Valutazione dei deficit _____
 Valutazione funzionale e abilità residue _____

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

Obiettivi riabilitativi in relazione alle valutazioni delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto
 MIGLIORE QUALITÀ DELLA VITA

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
VIDEO INGAMBATORE PORTATILE CON TELECARERA A DAVO E ROTORE PORTATILE		210603006	

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 _____ dichiarato che non è convenientemente riparabile

se l'atto di rinnovo che ha non superato tempo minimo di rinnovo
previsto dall'art. 2 dell'art. 5 del D.M. 05/02/99.

- trattasi di presidio quasi rotto usurato sostituzione componenti usurate
 altro _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile

condizioni di cui all'art. 5 del D.M. 05/02/99.

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

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 a casi di cui sopra indicare

Situazione dell'avente diritto

Lettera 2 dell'art. 2 del D.M. 05/02/99

- invalido già riconosciuto (invalido civile di guerra di servizio attivo 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 2 dell'art. 2 del D.M. 05/02/99

- istante in attesa di accertamento di invalidità
 trattasi di assistito per il quale sussistono le condizioni di cui alla legge 13/80 in quanto si trova nella "impossibilità di esambuiare 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

POLIAMBULATORIO - ORISTANO

LOGOPODISTA
OCULISTICA

Dott.ssa *Anna Maria*

24.06.07.11

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

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. N. 3152090

Oristano, 10.05.2011

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° 30561 del 02.05.2011, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da ~~_____~~

Allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito ~~_____~~

- Ingranditore ottico portatile con telecamera, codice ISO 21.06.03.006:

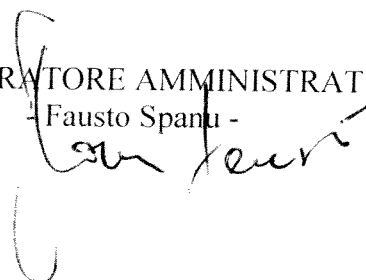
Distinti saluti.

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 [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 ifovechito - val. Documbrano
 Valutazione del deficit [redacted]
 Valutazione funzionale e abilità residue ↓ usabile per [redacted]

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare Ricupero e esercizio

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

Tempi di impiego previsti

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
INGRANDITORE OTTICO PORTATILE		21 06 03 006	1

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 _____ 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)

*Non sono in grado
di valutare*



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

Lo Specialista

POLIMBOLOGICO - ORIENTANO

OCULISTICA

Dott. Sanna Giuseppe

Note:

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

7. Lug. 2011 12:26

Allegato n° 2 Valutazione determinazione
 Serv. Provveditorato N° 322 del 11/07/2011
 Composto di n° 2 fogli



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 03-09-02

VIA IV NOVEMBRE, 12/B - 35017 PIOMBINO DESE (PD)
 Tel. 049/9368933 - 938 - 943 - Fax 049/9366950
 commerciale@tiflosystem.it

C. F. 01985200268 - P. IVA 02557700289

SPEY.TE

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	1325	07/07/2011	1
CODICE	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	SC.%	PREZZO TOTALE	IVA
21.06.03.006	prot. 46542 E.F. del 7-07-2011	1,00				4
ING09TF0000096	VIDEOINGRANDITORE PORTATILE	1,00	590,0000		590,00	4
	EYE C, INGR. PORTATILE					4
	Videingranditore tascabile a colori con 5 livelli di ingrandimento digital. 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.					
-COND/ASL	CONDIZIONI DI FORNITURA:	1,00				4
	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					
	SEGUE					
TOTALE	SCONTI	IMPORTO SCONTO	TOTALE NETTO	SPESE TRASPORTO	TOTALE IVA	Totale EURO

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

Provincia Sardegna Regione Sardegna
 AZ. USL 5 - ORISTANO
 Dipartimento Amministrativo
 Servizio Provveditorato

7 - LUG 2011

arrivato il

dati



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

VIA IV NOVEMBRE, 12/B - 35017 PIOMBINO DESE (PD)
Tel. 049/9366933 - 938 - 943 - Fax 049/9366950
commerciale@tiflosystem.it

C. F. 01985200268 - P. IVA 02557700289

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	1325	07/07/2011	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: fino al 31-12-2011.					
TOTALE	SCONTI	IMPORTO SCONTO	TOTALE NETTO	SPESE TRASPORTO	TOTALE IVA	Totale EURO
590,00			590,00		23,60	EUR 613,60

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.

Tiflosystem S.p.A.