

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

Prot. N° 3217176

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° 326 del 13.07.2011 Oristano, li 21.06.2011
Composto di n° 6 fogli

OGGETTO: richiesta acquisto presidi sanitari
L.R. 39/91 art. 17 e integrative
straordinarie del 01.08.1996, n. 34.

Al Servizio
Provveditorato
SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted] del 21.06.2011, prot. N° 42499, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari in quanto affetto da [redacted] allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [redacted]

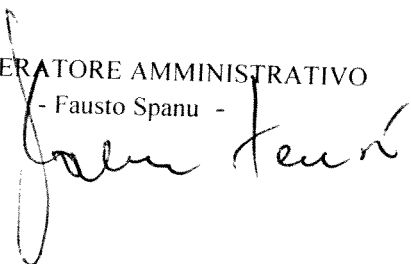
- PULSOSSIMETRO da dito;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -



ALLEGATO 1A

Assistenza Protesica e Integrativa
Modello di Prescrizione Specialistica
Dimissione Ospedaliera

ASSISTITO

NOME [REDACTED]

COGNOME [REDACTED]

ETA [REDACTED]

Nata a ORISTANO
Residente in [REDACTED]

Il
Via [REDACTED]

C.F. [REDACTED]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [REDACTED]
Valutazione del deficit [REDACTED]
Valutazione funzionale e abilità residuale [REDACTED]

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione della abilità motoria, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto: monitoraggio della saturazione di O2

Tempi di impiego previsti

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantita'
PULSOSSIMETRO DA DITO			uno

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

Fca
me

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

2130

Prot. N° 3217328

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Oristano, li 21.06.2011

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. [REDACTED], prot. n° 42495 del 21.06.2011, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [REDACTED] allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [REDACTED]

- Ventilatore polmonare presso volumetrico "VS III RESMED", codice ISO 03.03.15;
- n° 12 filtri antibatterici-antivirali;
- n° 3 maschere nasali MediSize (senza foro di ventilazione) mis. Small;
- n° 2 mentoniere;
- n° 6 circuiti per ventilatore (interno liscio) con: valvola espiratoria a lungo, tubicino per il comando della valvola espiatoria, tubicino per il controllo della pressione prossimale;
- n° 2 filtri aria per il ventilatore assegnato;

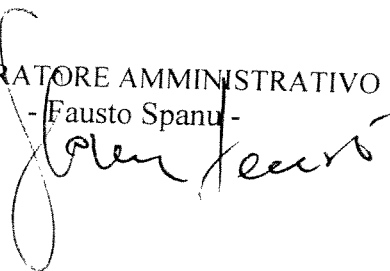
Distinti saluti.

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
22 GIU 2011
Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -



L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -



ALLEGATO 1A

Assistenza Protesica e Integrativa
Modello di Prescrizione Specialistica
Dimissione Ospedaliera

ASSISTITO

NOME [REDACTED]

COGNOME [REDACTED]

ETA [REDACTED]

Nata a [REDACTED]
Residente in [REDACTED]

Il [REDACTED]
Via [REDACTED]

C.F. [REDACTED]
N° [REDACTED]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [REDACTED]
Valutazione del deficit [REDACTED]
Valutazione funzionale e abilità residuale [REDACTED]

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione della abilità motoria, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto:

Tempi di impiego previsti ventilazione meccanica notturna

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantita'
VENTILATORE POLMONARE PRESSO_VOLUMETRICO VS III RESMED	03.03.15		uno

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 non ha superato i tempi minimi di rinnovo
(condizioni di cui al co. 3 dell'art.5 del DM 332/99)
trattasi di presidio guasto rotto usurato sostituzione componenti usurati
 Altro _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile
(condizioni di cui al co. 3 dell'art.5 del DM 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 DM 332/99

- invalido già riconosciuto (invalido civile, invalido di guerra, privo di vista, sordomuto)
 trattasi di invalido con invalidità > 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 indicate nel 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 indicate nel D.M. 05.02.1992
 minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di menomazione e/o disabilità permanente

Lettera b dell'art.2 del DM 332/99

- istante in attesa di accertamenti di invalidità
 trattasi di assistito per il quale sussistano 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 indicate nel D.M. 05.02.1992

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART.2 LETTERA E DEL DM 332/99

A. PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICA

AZIENDA **U.S.L. N. 8 DI CAGLIARI**

PRESIDIO OSPEDALIERO **R. BINAGHI** UNITA' OPERATIVA DI **PNEUMOLOGIA 3°**


B. PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURE DI RICOVERO ACCREDITATE

AZIENDA _____ DI _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità operativa e necessità con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo

Cagliari : 16-06-2011

 Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera

P.O. "R. BINAGHI" CAGLIARI
3^A U.O. DI PNEUMOLOGIA
Dot. Roberto C.M. Demurtas
MATR. N. 015324

Note:

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

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N. 8 – CAGLIARI

Presidio Ospedaliero "R. Binaghi"

Via Is Guadazzonis, 2 – CAGLIARI

.....
III DIVISIONE DI PNEUMOLOGIA

Primario: *Dott. Cesare Severino*

**BRONCOPNEUMOPATIE CRONICHE
TERAPIA RESPIRATORIA SEMI-INTENSIVA
PNEUMOPATIE INTERSTIZIALI**

Tel. 070.6093059-61-57

.....
VISITE PER APPUNTAMENTO

Cagliari, li 16-06-2011

AL SERVIZIO MEDICINA DI BASE DELLA ASL 5 di ORISTANO

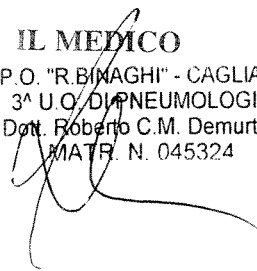
La Sig.ra [REDACTED] è stata ricoverata nella nostra U.O. dal 13-06-11 al 17-06-11 in quanto affetta da [REDACTED] è stata sottoposta a test di ventilazione meccanica non invasiva con esito positivo per cui la stessa è stata prescritta a domicilio; è stato utilizzato il ventilatore meccanico presso-volumetrico VS III Resmed in quanto al momento disponibile in Reparto. In considerazione dell'imprevedibilità dell'evoluzione clinica dell'insufficienza respiratoria in tale patologia, si è deciso di dimettere la paziente con lo stesso ventilatore utilizzato in Reparto per poter proseguire la NIV a domicilio.

L'insufficienza respiratoria nel paziente affetto da [REDACTED] ha un'evoluzione progressivamente ingravescente per cui la scelta è caduta su un ventilatore che possa consentire di affrontare il più a lungo possibile tali problematiche respiratorie. Il ventilatore testato consente di praticare una ventilazione meccanica sia non invasiva con maschera, sia invasiva per via tracheostomica, in modalità pressometrica, volumetrica o mista, con circuito respiratorio singolo o doppio, è anche dotato di batteria interna. Si resta a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti

Distinti saluti

IL MEDICO

P.O. "R. BINAGHI" - CAGLIARI
3^A U.O. DI PNEUMOLOGIA
Dott. Roberto C.M. Demurtas
MATER. N. 045324



VIVISOL

PRODUZIONE DI GAS MEDICALI E ASSISTENZA DOMICILIARE

Sede Legale e Amm. 20052 MONZA (MI), VIA BORGAZZI, 27
TEL +39 39 2396.1 - FAX +39 39 2396.392 - e-mail: INFO@VIVISOL.IT

Allegato n° 2 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° 326 del 13.07.2011
 Composto di n° 1 fogli

Centro Operativo di Cagliari
 09032 ASSEMINI - Z.I. Macchiarreddu
 Tel. 070 247331 - Fax 070 247370
 e-mail : a.girau@vivisol.it

Spettabile
 Azienda U.S.L. 5 ORISTANO
 Servizio Provveditorato
 via Carducci, 35 Oristano
 c.a. dr.ssa Demurtas
 c.a. sig.ra E. Faa

Vs rif. .47160/E.F.

Ns rif CAG/86038/11

Assemini 11/07/11

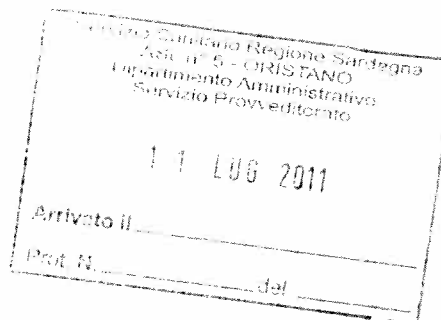
OGGETTO: Offerta fornitura presidi vari.

In riferimento alla Vs richiesta prot. 47160/E.F. del 08/07/11, per la quale Vi ringraziamo, la Vivisol srl è lieta di comunicarVi la migliore offerta per quanto sotto descritto:

22104 Ventilatore Resmed mod. VS III	6950,00 + iva
24718 Pulsossimetro a dito mod. MD300	120,00 + iva
20652 Filtro antibatterico antivirale	2,85 + iva
20645 Maschera Resmed nasale senza foro espiro	50,00 + iva
23229 Mentoniere	26,00 + iva
21944 Circuito per ventilatore con valvola espiratoria E tubicino per controllo pressione prossimale	19,50 + iva
25664 Filtri aria dedicati - confezione da 10 pz	13,00 + iva

Totale fornitura nelle q.tà da voi richieste**7436,20 + iva****La VIVISOL srl è fornitore esclusivo per l'Italia dei prodotti offerti.****Condizioni d'offerta:**

iva: a Vs carico nella misura di legge
 validità: fino al 31/12/11
 consegna: 7 gg d.r.o. installazione c/o domicilio paziente
 trasporto: compreso



In attesa di Vs riscontro alla presente con l'occasione porgiamo distinti saluti.

Vivisol srl

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

Ditta VIVISOL

PUNTO	DESCRIZIONE	CODICE	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE PRESSO VOLUMETRICO VS3 RESMED	22104	1	€ 6.950,00	6950,00
2	PULSOSSIMETRO A DITO MOD MD300	24718	1	€ 120,00	120,00
3	FILTRO ANTIBATTERICO ANTIVIRALE	20652	12	€ 2,85	34,20
4	MASCHERA RESMED NASALE SENZA FORO ESPIRO	20645	3	€ 50,00	150,00
5	MENTONIERA	23229	2	€ 26,00	52,00
6	CIRCUITO VENTILATORE CON VALVOLA ESPIRATORIA E TUBICINO PER CONTROLLO PRESSIONE PROSSIMALE	21944	6	€ 19,50	117,00
7	FILTRI ARIA DEDICATI IN CONF. DA PZ. 10	25664	1	€ 13,00	13,00
				TOT.	€ 7.436,20
				IVA 4%	€ 297,45
				TOTALE	€ 7.733,65

Allegato n° 3 alla determinazione
 Serv. Provveditorato n° 336 del 13.07.204
 Composto di n° 1 fogli