

709
18/10/11

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

Prot. N° 3401454

Allegato n° 1 alla determinazione
San. Provvedimento N° 476 del 19.10.2011
Composto di n° 6 fogli



UFFICIO PROTESI - DISTRETTO


Oristano, li 17.10.2011

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. , prot. n° 67080 del 13.10.2011, 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 .

- Ventilatore CPAP con Smart Card, con umidificatore codice ISO 03.03.15;
- N° 2 maschere nasali profile-lite M-S Respironics con Whisper-Swivel;
- N° 2 calottine di supporto maschera;
- N° 2 tubi raccordo ventilatore pzi;
- N° 12 filtri di ricambio per ventilatore;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

f

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

6

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. _____
Tel _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
Valutazione dei deficit 733%
Valutazione funzionale e abilità residue È in grado di comprendere modelli e frasi nell'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
Flusso del Ventilatore e finalizzato ad evitare l'uso di insufflatore durante il sonno e sue complesse attività per il meta
Tempi di impiego previsti de essere durante il sonno con presenza di qualcuno

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Ventilatore CPAP con START CARD + Uniflextra	601-M-01	03-03-01	1
Maschera nasale profile laterale M-5			2
Respiratori con display SW Vel			2
Calotte di supporto nasale			2
Tubi cacciavite Ventilat - 1/2			2
Filtri N ricambio Ventilatore			12

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nei 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)

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

11-10-2011

Lo Specialista

Azienda A.S.L. N°5 - ORISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

Note:

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

5/10/11
/k

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

Prot. N° 3377641

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Oristano, li 03.10.2011

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° 60850 del 19.09.2011, 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, con umidificatore codice ISO 03.03.15;
- N° 2 maschere nasali profile-lite M-S Respirationics con Whisper-Swivel;
- N° 2 calottine di supporto;
- N° 2 tubi raccordo ventilatore pzi;
- N° 12 filtri di ricambio per ventilatore;

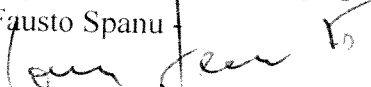
Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -



L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -



1)

Pagine 2/2

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 _____
 Valutazione dei deficit: > 33%
 Valutazione funzionale e abilità residue: E' in fase di comprendere modello e funzionalità 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 e facilitato ad evitare l'insorgere di Sintomi Respi- durante il sonno e sue conseguenze Cardio-Vascolari e metaboliche

Tempi di impiego previsti

Da usare tutte le notti con presenza di 9 ore H2O

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Ventilatore CPAP con SMARTCARA + Visiostopestre</u>	<u>601-M-01</u>	<u>03-03-01</u>	<u>1</u>
<u>Morbiera unale profilo- letto M-S</u>			<u>2</u>
<u>Loggione con Visiostopestre</u>			<u>2</u>
<u>Coltore di supporto</u>			<u>2</u>
<u>Tubi nasale Ventilatore per</u>			<u>2</u>
<u>Feltro di ricambio Ventilatore</u>			<u>12</u>

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nei 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)

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

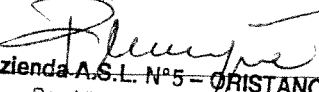
- invalido già riconosciuto (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
 invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
 trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento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

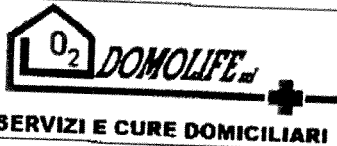
16-09-2011

Lo Specialista


Azienda A.S.L. N°5 - ORISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

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 alla determinazione
Provveditorato N. 476 del 19.10.11
Composto di 4 fogli

Fee 3/311

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 Barnerbac 'S'	NR.	12	€ 0,90		€ 10,80	4%
	BORSA PER TRASPORTO	NR.	01				
	CAVO ALIMENTAZIONE RETE	NR.	01				
	MANUALE IN ITALIANO	NR.	01				

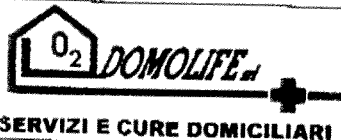
LOTTO N. 1 - Prezzo totale a Voi riservato € 448,80 (EURO quattrocentoquarantotto/80)

LOTTO N. 1 - Prezzo totale a Voi riservato € 468,75 (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)



Domolife S.r.l. Codice Fiscale P. IVA 00438170680

Via Aterno, 56 - 65128 Pescara(PE)

NUMERO VERDE 800 - 019676 fax 085 52 696WWW.DOMOLIFE.IT - INFO@DOMOLIFE.IT

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:

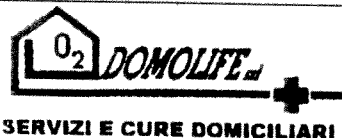
Trasporto/Consegna: Ns. carico
Garanzia: 24 mesi per i dispositivi medici
I.V.A.: a Vs. totale carico norma di legge 4%
Validità offerta: 31 dicembre 2011
Consegna: 5 giorni lavorativi
Pagamento: solito in uso
Note: in caso di Vs. ordine citare il numero di riferimento offerta

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

DOMOLIFE s.r.l.

L'Amministratore

Nicola Serafini



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

For

25/03

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%
1U00008	Umidificatore GKH20	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 Respronics s/foro (con cuffia reggi maschera)	NR.	02	€ 90,00		€ 180,00	4%
1M00040	Whisper Exalation Port Respronics	NR.	02	€ 24,50		€ 49,00	4%
1MA00030	Maschera nasale PROFILE LITE Respronics 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 duemilacentotrenta/00)

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

Regione Sardegna
ASL 175 - ORISTANO
Ufficio 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 <i>WWW.DOMOLIFE.IT - INFO@DOMOLIFE.IT</i>	
SERVIZI E CURE DOMICILIARI		

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 Seratini

PROSPETTO DI AFFIDAMENTO FORNITURA VENTILATORI CPAP COMPLETI DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

Ditta DOMOLIFE

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE	pz. F.G.
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	
3	MASCHERA NASALE PROFILE LITE RESPIRONICS CON VALVOLA CO2 INCORPORATA TAGLIA M-S CON CUFFIA REGGIMASCHERA	1MA00030	2	€ 90,00	180,00	
4	FILTRO MACCHINA DAR BARRIERBAC "S"	1M00069	12	€ 0,90	10,80	
5	CIRCUITO PAZIENTE MONO TUBO WILAMED CM 180	1M00020	2	€ 3,00	6,00	
				TOT.	586,80	
				IVA 4%	23,47	
				TOTALE	610,272	

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE	pz. C.M.
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	
3	MASCHERA NASALE PROFILE LITE RESPIRONICS CON VALVOLA CO2 INCORPORATA TAGLIA M-S CON CUFFIA REGGIMASCHERA	1MA00030	2	€ 90,00	180,00	
4	FILTRO MACCHINA DAR BARRIERBAC "S"	1M00069	12	€ 0,90	10,80	
5	CIRCUITO PAZIENTE MONO TUBO WILAMED CM 180	1M00020	2	€ 3,00	6,00	
				TOT.	586,80	
				IVA 4%	23,47	
				TOTALE	610,272	

Allegato n° 3 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° 476 del 19.10.11
 Composto di n° 1 fogli