

Fae

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

Prot. N° 3404348

Oristano, li 19.10.2011

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato n° 525 del 17/11/2011
Composto di n° 4 fogli

Al Servizio Provveditorato

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. **[REDACTED]** prot. n° 68185 del 19.10.2011, 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 "VS III RESMED", codice ISO 03.03.15;
- Umidificatore attivo per ventilazione meccanica;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

[Signature]

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -

[Signature]



ALLEGATO 1A

Assistenza Protesica e Integrativa
Modello di Prescrizione Specialistica
Dimissione Ospedaliera

ASSISTITO

NOME [REDACTED]

COGNOME [REDACTED]

ETA [REDACTED]

Nato a [REDACTED]

Il [REDACTED]

C.F. [REDACTED]

Residente in [REDACTED]

Via [REDACTED]

N° [REDACTED]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica Insufficienza ventilatoria cronica in Sclerosi laterale amiotrofica
Valutazione del deficit
Valutazione funzionale e abilità residuale

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'
VS III RESMED	03.03.15		uno
Umidificatore attivo per ventilazione meccanica			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

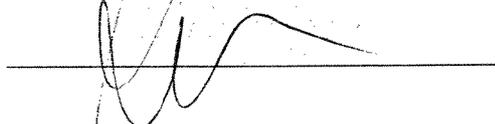
AZIENDA _____ DI _____

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 : 12-10-2011

 Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera



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 12-10-2011

AL SERVIZIO MEDICINA DI BASE DELLA ASL 5 di Oristano

Il Sig. [REDACTED], affetto da [REDACTED]

[REDACTED], è stato ricoverato nella nostra U.O. dal 11-10-11 al 13-10-11 per un peggioramento delle condizioni respiratorie.

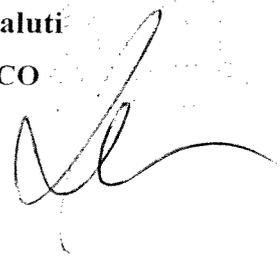
Attualmente il paziente è costretto ad utilizzare il ventilatore per diverse ore al giorno (> 15 ore/die), talvolta pratica una ventilazione meccanica subcontinua, per cui è necessario che sia disponibile un 2° ventilatore da utilizzare in caso di guasto del primo.

Sempre a causa della maggiore dipendenza dal ventilatore è' stato richiesto anche un umidificatore attivo.

Si resta a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti

Distinti saluti

IL MEDICO



VIVISOL

PRODUZIONE DI GAS MEDICALI E ASSISTENZA DOMICILIARE

Allegato n° 2 alla determinazioneCARE/Provveditorato N° 525 del 17.11.11Composto di n° 1 fogliSede Legale e Amm. 20052 MONZA (MI), VIA BORGAZZI, 27
TEL +39 39 2396.1 - FAX +39 39 2396.392 - e-mail: INFO@VIVISOL.IT

Centro Operativo di Cagliari
09032 ASSEMINI - Z.I. Macchiareddu
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

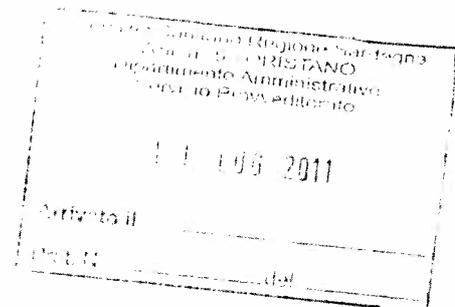
OGGETTO: Offerta fornitura presidi vari.

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.

PROSPETTO DI AFFIDAMENTO VENTILATORE POLMONARE COMPLETO DI UMIDIFICATORE

Ditta **VIVISOL**

PUNTO	DESCRIZIONE	CODICE	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE PRESSO VOLUMETRICO VS3 RESMED	22104	1	€ 6.950,00	€ 6.950,00
2	UMIDIFICATORE RISCALDATO FISHER & PAYKEL HC150 CON SENSORE AMBIENTE	X22191 HC150AEE	1	€ 297,00	€ 297,00
3	CAMERA DI UMIDIFICAZIONE MONOUSO F. P. MR 250 ADULTI 22 mm M/M PEZZO SINGOLO	X23315 MR250	1	€ 15,00	€ 15,00
				TOT.	€ 7.262,00
				IVA 4%	€ 290,48
				TOTALE	€ 7.552,48

Allegato n° 4 alla determinazione
Serv. Provveditorato n° 525 del 17.11.11
Composio di n° 1 fogli

VIVISOL

PRODUZIONE DI CASI MEDICALI E ASSISTENZA DOMICILIARE

Allegato n° 3 alla determinazioneServ. Provveditorato N° 525 del 17/11/11Composto di n° 1 fogliSede Legale e Amm. 20052 MONZA (MI), VIA BORGAZZI, 27
TEL +39 39 2396.1 FAX +39 39 2396.392 - e-mail: INFO@VIVISOL.IT

Centro Operativo di Cagliari
09032 ASSEMINI - Z.I. Macchiareddu
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 FAA ELEONORA**

Vs rif. prot. 73623/E.F.

Ns rif CAG/86058/11

Assemini 15/11/11

OGGETTO: Offerta fornitura umidificatore attivo per ventilatore VSIII.

In riferimento alla Vs richiesta prot. 73623/E.F. del 11/11/11, per la quale Vi ringraziamo, la Vivisol srl è lieta di comunicarVi la migliore offerta per quanto sotto descritto:

X22191	HC150AEE	UMIDIFICATORE RISCALDATO FISHER & PAYKEL HC150 con sensore ambiente	297,00
--------	----------	---	--------

Per poter essere utilizzato con il ventilatore di cui sopra, è necessario avere anche i seguenti accessori:

X23315	MR. 50	CAMERA UMIDIFICATRICE MONOUSO F & P MR 250- ADULTI 22mm M/M - pezzo singolo	15,00
--------	--------	---	-------

X20764	191139-00:300	CIRCUITO PAZIENTI ADULTI PER UMID. ATTIVA, 2 TUBI, cm 180, 2 TRAPPOLE RACCOGLI-CONDENSA, RACCORDO A "Y" CON PRESA TEMPERATURA	21,00
--------	---------------	---	-------

Condizioni d offerta:

iva: a Vs carico nella misura di legge
validità: fino al 31/12/11
consegna: 10 gg d.r.o.
trasporto: compreso

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato 15 NOV 2011 Arrivato il _____ Int. N. _____

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

Vivisol Srl
WCO1