

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

Fur  
8/3/12

Prot. N° 3619930

Allegato n° 1 cifra determinativa  
Com. Prov. distrett. .... del .....  
Composto di n° 3 fogli

Oristano, li 28.02.2012

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 della Sig.ra V.R., prot. n° 12624 del 20/02/2012, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "SLA", allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto **a carattere di urgenza** dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito V.R.

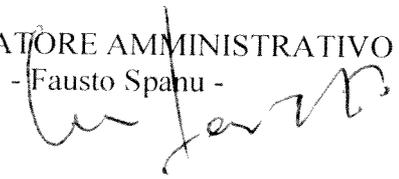
- N° 1 apparecchio di supporto alla tosse tipo "IN-EXSUFFLATOR";

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 DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica \_\_\_\_\_  
Valutazione dei deficit 2337  
Valutazione funzionale e abilità residue \_\_\_\_\_

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare Assistenza alla voce

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto  
Prevenzione delle complicanze legate all'immobilità di letto  
fare le secrezioni manuali

Tempi di impiego previsti \_\_\_\_\_

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Apparecchio di supporto alle gambe tipo "IN-EXSUFFLATOR"</u>	<u>601.11.01</u>	<u>03.03.15</u>	<u>1</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 \_\_\_\_\_  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

*Oristano 07-02-2012*

Lo Specialista

*[Signature]*  
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

