

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

Fur
8/3/12

Prot. N° 3619930

Allegato n° 1 cifra determinativa
Com. Pro. distretto 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.

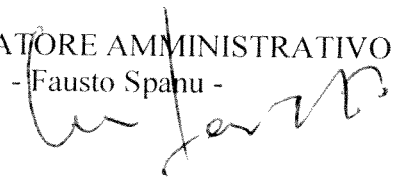
- N° 1 apparecchio di supporto alla tosse tipo "IN-EXSUFFLATOR";

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'incapacità di usare le secretorie manuali

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Apparecchio di supporto alle mani 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

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

VIVISOL

PRODUZIONE DI GAS MEDICALI E ASSISTENZA DOMICILIARE

Allegato n° 2 alla determinazione

del

Composto di n° 1 fogli

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



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. **Eleonora Faa**

Vs rif. 79747/E.F.

Ns rif CAG/86067/11

Assemini 07/12/11

OGGETTO: Offerta fornitura presidi vari.

In riferimento alla Vs richiesta prot. 79747/E.F. del 07/12/11, per la quale Vi ringraziamo, la Vivisol srl è lieta di comunicarVi la migliore offerta per quanto sotto descritto:

22380 Cough assist – In-Exsufflator

Euro 4280,00 + iva

**22385 Kit completi di ricambio
(maschera + filtro + tubo)**

Euro 16,50 + iva / cad

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: entro 5 gg d.r.o. , installazione, collaudo c/o domicilio paziente
trasporto: compreso

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