

Tore

K

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

Prot. N° 3922305

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 3 fogli
Oristano, li 06.07.2012

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.
D.P.C.M. 05/03/07, art. 6.

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [REDACTED], prot. n° 26270 del 17.04.2012, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [REDACTED] allegato alla presente si trasmette la richiesta per la sostituzione dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [REDACTED]

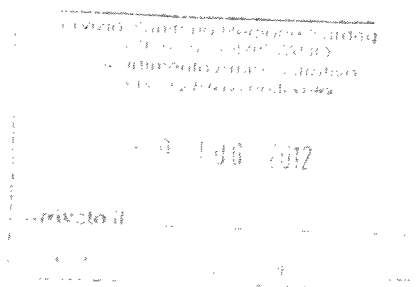
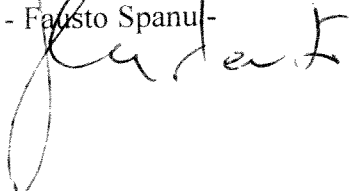
- Sostituzione 1 cavetto 8 cm., codice ISO 21.45.92.115;

N.B.: il paziente ha in dotazione Microprocessore retroauricolare "Nucleus Freedom", prodotto e commercializzato esclusivamente dalla ditta Cochlear Italia srl;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -



Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME [REDACTED] COGNOME [REDACTED] ETÀ: _____
 Nato a [REDACTED] il [REDACTED] C.F. [REDACTED]
 Residente in [REDACTED] Via [REDACTED] N. [REDACTED]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica PORTATORE DI IMPIANTO COCLEARE SU

Valutazione del deficit GRADO ELEVATO

Valutazione funzionale e abilità residue _____

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

Miglioramento delle comunicazioni e dell'interazione sociale

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
COCHLEAR SPEECH PROCESSOR		21.45.92.112	01
" CAVETTO 8 CM		21.45.92.115	02
" MAGNETE 2M		21.45.92.106	02
" TV/HIFI CAVO N.FREEDOM			01
" BATTERIA RICARICABILE FREEDOM			02

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 super 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 permanenti

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

Lo Specialista

Bruno R. Carta

POL'AMBULATORIO - CRISTANO
OTORINOLARINGOIATRIA

Dott. Carta Bruno Roberto

OR, li 06.04.2012

Note:

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



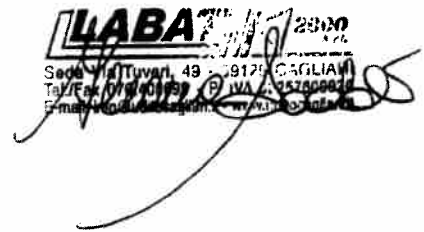
09129 CAGLIARI - Via Tuveri, 49 - Tel./Fax (070) 400699 - E-mail info@uditocagliari.it - www.uditocagliari.it

COPERTINA FAX

A:	DA:
Sig.ra Eleonora	SADDI ILEANA
SOCIETÀ:	DATA:
A.S.L. N°5 ORISTANO DISTRIBUZIONE ALES	20/04/12
FAX:	PAGINE INCLUSA LA COPERTINA:
	2
TELEFONO:	SOCIETÀ:
	LABAT 2000 SRL
OGG.:	RIF. DESTINATARIO:
Prezzi Freedom N24	

Come da accordi telefonici, invio in allegato i documenti da lei richiesti
Restio a disposizione per ogni chiarimento in merito

DISTINTI SALUTI





09129 CAGLIARI - Via Tuveri, 49 - Tel./Fax (070) 400699 - E-mail info@uditocagliari.it www.uditocagliari.it
 09025 SANLURI - Via Carlo Felice, 352 Tel. (070) 9351041 * 09013 CARBONIA - Via Satta, 8/10 - Tel. (0781) 671696

Preventivo n°
data

Spett.le ASL 5
Uff. Assistenza Integrativa e Protesica

Si invia il preventivo per la fornitura dei seguenti accessori cocleari portatore di impianto cocleare FREEDOM della COCHLEAR

Descrizione	cod.ISO	Q.tà	Totale IVA 4% esclusa
COCHLEAR <i>Speech processor</i>	21.45.92.112	1	€ 600,00
COCHLEAR <i>Cavetto bobina o antenna</i>	21.45.92.115	1	€ 139,00
COCHLEAR <i>Magnete 2m</i>	21.45.92.106	1	€ 60,43
COCHLEAR <i>Controller</i>	21.45.92.112	1	€ 1.200,00

CONDIZIONI DI FORNITURA

IMBALLO: a nostro carico

TRASPORTO: a nostro carico a mezzo corriere espresso

CONSEGNA: entro 7 gg dall'ordine

PAGAMENTO: rimessa diretta

IVA 4%

VALIDITA' OFFERTA: 90gg

GARANZIA SPEECH PROCESSOR: 24 MESI

GARANZIA CAVETTO E MAGNETE 24 MESI

Sanluri Via Tuveri, 49 - 09129 CAGLIARI
 Tel./fax 070.400699 - P. IVA 02297600820
 E-mail info@uditocagliari.it - www.uditocagliari.it