

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

Prot. N° 3999672

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

Oristano, li 04.09.2012

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 del Sig. [REDACTED], prot. n° 52943 del 10.08.2012, 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 polmonare CPAP mod. XT3 della ditta Medicaire, codice ISO 03.03.15;
- N° 4 maschere oronasali misura M;
- N° 4 circuiti respiratori;
- N° 12 filtri macchina;
- N° 12 filtri antibatterici;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio DeLabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

Fausto Spanu -

Azienda Unità Sanitaria Locale n. 3 - Nuoro

Mod. 02/00

Cognome o nome dell'assistito **[REDACTED]**
 Luogo e data di nascita **[REDACTED]**
 Indirizzo **[REDACTED]** Tel. **[REDACTED]**
 Diagnosi circostanziate **[REDACTED]**
 CF: MCCL8N63H30N301K
 Presidio proposto

- N°1 CPAP MOD XT3 A PRESSIONE TERAPEUTICA 10 CM DI H2O CITTA MEDICAIR
- N°4 MASCHERE ORONASALI Mis M
- N° 4 CIRCUITI RESPIRATORI
- N° 12 FILTRI MACCHINA
- n°12 FILTRI ANTIBATTERICI

Programma Terapeutico (Terapi di impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali controindicazioni - significato terapeutico e riabilitativo):

*** Ventilazione durante la ora del sonno.

* Fabbisogno per anni: uno

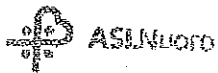
.....

Data 03/09/2012

IL MEDICO SPECIALISTA
 (firma e timbro)

[Handwritten Signature]

[Faint stamp or text at bottom right]



Azienda Sanitaria di Nuoro
Barbagie Baronia Mandrolisai Marghine
Regione Autonoma della Sardegna



Presidio Ospedaliero
"Cauro Zoccolato"

2004

U.O. di Pneumologia
Tel 0784-240578
0784-240577
0784-240583

Direttore
Dr. Riccardo Ortu
Tel 0784-240549

S.S. Fislop. Respiratoria
Resp. Dr. Graziano Finbus
Tel 0784-240552

S.S. Fisiologia
Resp. Dr. Corso Vertuccio
Tel 0784-240562

S.S. Allergologia
Tel. 0784-240551

Dirigenti Medici

Dr.ssa Cadceddu Natalina
Dr.ssa Carta Anna Maria
Dr.ssa Mele M. Giovanna
Dr. Mereu Mario
Dr.ssa Monni M. Cristina
Dr.ssa Piredda M. Teresa
Dr.ssa Serra Giovanna

Copiasala
Tel 0784-240567
Fax 0784-240952

NUORO 03/09/2012

SPETT/LE UFFICIO PROTESI
Distretto di Oristano -ASL N°5

Il signor [REDACTED] nato a [REDACTED] il [REDACTED] e residente a [REDACTED] in via [REDACTED] Tel [REDACTED] è stato ricoverato presso questo Ospedale dal 26/07/2012 al 28/07/2012.

Durante il ricovero ha eseguito un monitoraggio cardio-respiratorio completo che ha evidenziato una "Sindrome [REDACTED]

Il miglior controllo delle apnee e della desaturazione si è ottenuto con l'apparecchio CPAP MOD XT3, a pressione terapeutica di 10 cm di H₂O della Ditta Medicaire.

Si allega elenco completo dei presidi necessari all'utilizzo dell'apparecchio suggerito (fabbisogno annuo).

Necessita pertanto di ventilazione meccanica non invasiva a domicilio con ventilatore pressometrico in modalità CPAP.

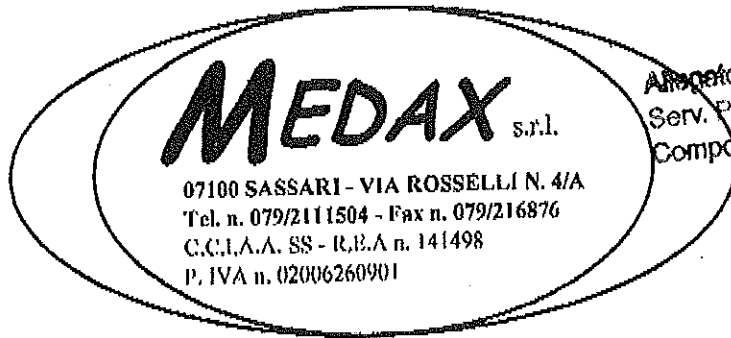
Il trattamento deve essere limitato alle ore del sonno.

Lo Specialista Pneumologo

Dr.ssa Maria Cristina Monni

P.zza Sardegna, 1 - 08100 Nuoro Tel. 0784-240531
Fax: 0784-202136

Dr.ssa Maria Cristina Monni
Dirigente Medico
Unità Operativa Pneumologia
Ospedale "Cauro Zoccolato" - Nuoro



Allegato n° 2 alla determinazione
 Serv. Provveditorato n° _____ del _____
 Composto di n° _____
 ASL n° 5 SASSARI
 Dipartimento Amministrativo
 Servizio Provveditorato

10 SET 2012

Arrivato il _____
 Prot. N. _____ del _____

Sassari 10/09/2012
 Ns. Rif. A10/09-AM

SPETT.LE
 AZIENDA U.S.L. N. 5
 SERVIZIO PROVVEDITORATO

Rif. Pratica
 Sig.ra E. FAA

OGGETTO: Offerta per la fornitura di un ventilatore pressometrico CPAP
 Vs. Protocollo n. 57552 del 10/09/2012

Sottoponiamo alla Vs. cortese attenzione ns. offerta per la fornitura del materiale di seguito elencato.

Voce	Codice	Descrizione	Q.tà	Prezzo unitario	IVA %
1	VEAP0XT3	Ventilatore polmonare CPAP modello XT3, con memoria, completo di umidificatore integrato	Pz. 1	€ 642,00 (seicentoquarantadue/00)	4
2	MAFP0431	Maschera oro-nasale F&P, mod. Flexi-Fit completa di nucale reggimaschera.	Pz. 4	€ 177,00 (centosettantasette/00)	4
3	CIRUMONO	Tubo corrugato	Pz. 4	€ 8,00 (otto/00)	4
4	FIAP0001	Filtro macchina	Pz. 12	€ 3,20 (tre/20)	4
5	1644	Filtro antibatterico orig. Intersurgical	Pz. 12	€ 3,55 (tre/55)	4

Totale € 1.463,00 (millequattrocentosessantatre/00) + IVA

Totale fornitura IVA inclusa: € 1.521,52 (millecinquacentoventuno/52)

Condizioni di fornitura:

- IVA 4% Vs. carico (Circolare del Ministero delle Finanze III-7-401/94);
- Validità dell'offerta: al 31/12/2012;
- Imballo, trasporto, consegna, collaudo ns. carico;
- Tempi di consegna: Pronta;
- Pagamento: 90 gg. data ricezione fattura a mezzo B.B.

MEDAX s.r.l.
 L'Amministratore

Antonio Surro



Allegato n° 3 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ dal _____
Composto di n° 1 fogli

Pogliano Milanese 28/07/2009

OGGETTO: Dichiarazione di esclusività

La sottoscritta società Medicair Italia srl con sede a Pogliano Milanese, Via Mattei snc, in qualita' di Importatore e distributore unico sul territorio nazionale dei prodotti BREAS MEDICAL

dichiara

che il proprio rivenditore unico dei suddetti prodotti per la regione Sardegna è la società MEDAX S.R.L. VIA F.LLI ROSSELLI N. 4/A 07100 SASSARI

Medicair Italia Srl
L'Ufficio Commerciale

MEDICAIR ITALIA s.r.l.
Sede: Via Mattei, snc - 20010 Pogliano Milanese (MI)
UN. Amm. 02.93282.091 - Fax 02.93255178
UN. Comm. 02.93282.407/435/562 - Fax 02.93282.588/394

Ufficio Distribuzione Auxili:
Tel 02.93540276 - Fax 02.93849283
E-mail: info@medcair.it - www.medcair.it

Cap. Soc. € 90.000,00
Registro Imprese 05912870984
R.E.A. 1858227 - P.I. 05912870984
"Con Socio Unico" - Società soggetta all'attività
di direzione o coordinamento di Giolelino S.p.A.

