

8/11/12
h

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

Prot. N° 4105788

Foo
13/11/2012
FG

Oristano, li 06.11.2012

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° _____ del _____
Composto di n° 3 fogli

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 70564 del 02.11.2012, 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 CPAP, codice ISO 03.03.15;
- N° 3 maschere per ventilazione per via nasale misura M per adulti "Profile Lite-Respironics" con calottina di supporto e valvola espiratoria per CO2;
- N° 2 tubo corrugato cm 180;
- N° 12 filtri antipolvere-antipolline per il ventilatore assegnato;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu

[Handwritten signature of Fausto Spanu]

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 8 di Cagliari

Allegato 1A

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica
Dimissione Ospedaliera

Assistito

NOME _____ COGNOME _____ ETA': _____
Nato a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

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

Tempi di impiego previsti: da usare tutte le notti con pressione di 13 cm. H2O

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Ventilatore CPAP			1
Maschere per ventilazione per via nasale misura M per adulti "Profile Lite – Respironics" con calottina di supporto e valvola espiratoria per CO2			3/anno
Filtri di ricambio antipolvere-antipolline per il ventilatore assegnato			12/anno
Tubo corrugato cm 180			2/anno

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del DM 22/02/00, all'omogeneità funzionale, esso va indicato "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 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

Lettera c dell'art 2 del DM 332/99

- istante in attesa di riconoscimento

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART. 2 LETTERA E DEL D.M. 332/99

A) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO PUBBLICA

AZIENDA USL N. _____ DI _____
PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

B) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO ACCREDITATA


AZIENDA USL N. _____ DI _____
PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità Operativa e necessita con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo.

Data 30.10.2012

Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera

Dott. A. Coni



U.O. PNEUMOLOGIA I.N.R.C.A. CAGLIARI
Dott. Agostino Coni
DIRIGENTE MEDICO 1° LIVELLO

PROSPETTO DI RAFFRONTO DELLE OFFERTE PERVENUTE PER LA FORNITURA DI N°1 VENTILATORE CPAP

LOTTO N° 1

DESCRIZIONE	VIVISOL	MEDIGAS	VITAL AIRE	SAPIO LIFE	DOMOLIFE
VENTILATORE CPAP	€ 269,00	€ 270,00	€ 264,00	€ 308,00	€ 285,00
MASCHERA NASALE MISURA M PROFILE LITE	€ 70,00	€ 59,00	€ 68,00	€ 54,00	€ 66,00
CORRUGATO CM. 180	€ 5,00	€ 5,00	€ 5,00	€ 5,00	€ 4,50
FILTRO ANTIPOLVERE	€ 2,50	€ 2,00	€ 3,50	€ 1,35	€ 1,50
TOTALE	€ 339,00	€ 329,00	€ 332,00	€ 362,00	€ 351,00

Allegato n° 2 alla determinazione
 Serv. Provveditorato IV° del _____
 Composto di n° 1 fogli

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

Prot. N° 4160966

Allegato n° 3 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 2 fogli

Oristano, li 04.12.2012

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.
Rif. Pratica Prot. N°4105788 del 06/11/2012 ~~████████~~

Al Servizio Acquisizione Beni

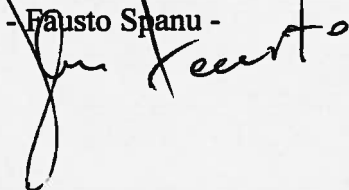
SEDE

In riferimento alla vostra richiesta Prot. N° 4159431/E.F., si invia relazione di conformità per l'acquisto del presidio di cui all'oggetto.

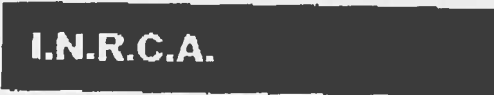
Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -



I.N.R.C.A.- Cagliari
Divisione di Pneumologia
Tel.: 07055991
Fax: 070502204



Fax

A: ufficio assistenza protesica USL 5 - OR **Da:** Dott A Coni - I.N.R.C.A. CAGLIARI


Fax: 0783317082 **Data:** 04/12/12

Tel.: _____ **Pagg.:** 1

Ogg.: prescrizione vent. CPAP **Co:** _____

Urgente Da approvare Va. commenti RSVP Da inoltrare

•**Commenti:**

Il ventilatore CPAP proposto (SleepCube Standard) risulta rispondente alla
prescrizione effettuata per l'assistita Sig. 
A disposizione per eventuali nuove esigenze

Dott. A. Coni



Prospetto di Aggiudicazione procedura negoziata plurima per la fornitura di n° 1 CPAP completo di consumabili per il primo utilizzo

Ditta Medigas

PUNTO	DESCRIZIONE	COD. DITTA	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE CPAP SLEEPcube STANDARD	157600000	1	€ 270,00	270,00
2	MASCHERA RESPIRONICS PROFILE LITE MISURA M CON FORO + SIST. FISS.	109900838	3	€ 59,00	177,00
3	CIRCUITO MONOUSO PAZIENTE CM 180	100700001	2	€ 5,00	10,00
4	FILTRO ARIA NERO IN CONF. DA 4 PZ.	155900003	3	€ 5,00	15,00
5	FILTRO ARIA BIANCO IN CONF. DA 4 PZ.	155900004	3	€ 6,00	18,00
				TOT.	490,00
				IVA 4%	19,60
				TOTALE	509,60

Allegato n° 4 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 1 fogli