

Allegato n° 1 alla determinazione
"Serv. Provinciale (A)" del _____
Composto di n° 3 fogli

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

~~28/3/2013~~
FM

Fcc
3/4/2013
FM

Prot. N° 4356093

Oristano, li 25.03.2013

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

OGGETTO: richiesta acquisto presidi sanitari
L.R. 39/91 art. 17 e integrative
straordinarie del 01.08.1996, n. 34.

Al Servizio
Acquisizione Beni

SEDE

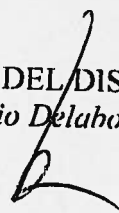
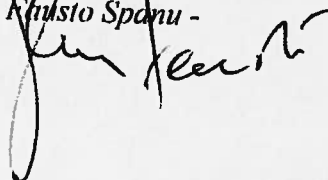
Allegato alla presente si trasmette la richiesta per acquisto di presidi sanitari di cui all'oggetto.
dell'assistito [REDACTED]

- N° 1 Pulsossimetro da dito;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delahona -

L'Operatore Amministrativo
- Fausto Spanu -



Allegato 1A

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
 Modello di Prescrizione Specialistica
 Dimissione Ospedaliera

Assistito

NOME _____ COGNOME _____ ETA': _____
 Nato a _____ C.F. _____
 Residente in _____ VIA _____ TELEF. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____ IN O2 LT DOMICILIARE AD ALTI FLUSSI IN
 SOGGETTO AFFETTO DA FIBROSI POLMONARE (PATTERN UIP ALLA HRCT TORACE).

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

IL PZ DEVE UTILIZZARI O2TLT AD ALTI FLUSSI PER 24 ORE AL DI

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
UMIDIFICATORE RISCALDATO CON INTEGRATO GENERATORE DI FLUSSO PER O2 TERAPIA AD ALTI FLUSSI			1
DURANTE LA DEGENZA IL PZ E' STATO TRATTATO CON AIRVO 2 DELLA FISHER & PAYKEL HEALTHCARE			
INTERFACCIA PZ			1/SETTIMANA
KIT CIRCUITO E CAMERA UMIDIFICAZIONE			2/ MESE
FILTRO ARIA			4/ANNO
Pulsossimetro da dito			1

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 14-03-07 dichiarato 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 _____ dichiarato 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. 8 DI CAGLIARI
PRESIDIO OSPEDALIERO R. BINAGHI UNITA' OPERATIVA DI PNEUMOLOGIA
- 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 20-03-13

Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera

[Signature]
ASL 8 CAGLIARI - P.O. "R. BINAGHI"
3° U.O. di PNEUMOLOGIA
Dirigente Medico: D.ssa M. Antonietta Truci
MATRICOLA N. 53889

Note: PRESCRIZIONE, VALIDA PER 12 MESI

ORDINE IN BOZZA
non utilizzabile per l'invio al fornitore

Allegato n° 2 alla determinazione
Conv. Provvedimento N° _____ del _____
Composto di n° 3 fogli

INFORMAZIONI DI CONSEGNA e FATTURAZIONE

Tutti gli oggetti dell'ordine verranno consegnati presso:

[REDACTED]

La fattura dell'importo complessivo 54,91 € IVA incl., 52,80 € IVA escl. verrà spedita a :

Intestatario

AUSL 5 ORISTANO

CF/P.IVA

00681110953

Indirizzo

VIA CARDUCCI N° 35 - 09170 - ORISTANO - (OR)

Modalità di pagamento

BONIFICO BANCARIO

NOTE ALL'ORDINE

Attenzione: le "Note" possono esprimere esclusivamente indicazioni e/o specificazioni di supporto all'esecuzione dell'ordine; in nessun caso possono modificare i termini tecnici ed economici della fornitura, pena l'inefficacia dell'ordine.

CONSEGNA A DOMICILIO PAZIENTE . RECAPITO TELEFONICO SIG. [REDACTED]
IN RIF. COLLOQUI TELEFONICI IN DATA 16/04/2013 CON SIGG. PETRILLO E VENEZIA.
I.V.A. 4% AI SENSI DELLA L. 263/89.

DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ORDINE

Nessun allegato inserito

DISCIPLINA ED ALTRI ELEMENTI APPLICABILI AL PRESENTE CONTRATTO

Ai sensi di quanto disposto dagli artt. 46, 47, 48 e 49 delle Regole del Sistema di e-procurement della Pubblica Amministrazione, nel rispetto della procedura di acquisto mediante Ordine Diretto, con il presente Ordine Diretto il Soggetto Aggiudicatore accetta l'offerta contenuta nel Catalogo del Fornitore con riferimento al bene/servizio sopra indicato. Ad eccezione delle ipotesi previste ai comma 3, 4, 5, 6 del citato art. 49, il contratto deve intendersi automaticamente concluso e composto, oltre che dal presente ordine diretto, dalle relative Condizioni generali ad esso applicabili".
Il presente documento di ordine è esente da registrazione fiscale, salvo che in caso d'uso. Per quanto non espressamente indicato, si rinvia a quanto disposto dalle predette Regole del Sistema di e-procurement della Pubblica Amministrazione.

ORDINE IN BOZZA
non utilizzabile per l'invio al fornitore

acquistinretepa.it

Portale degli acquisti della Pubblica Amministrazione

ORDINE DIRETTO DI ACQUISTO

Nr. Identificativo Ordine	682928
CIG	Z7B098BFDA
CUP	non inserito
Strumento d'acquisto	Mercato Elettronico
Bando	BSS - BENI SPECIFICI PER LA SANITA'
Categoria (Lotto)	BENI E SERVIZI PER LA SANITÀ
Data Creazione Ordine	
Data Scadenza Documento d'Ordine	
TOTALE (IVA esclusa)	52,80 €
TOTALE (IVA inclusa)	54,91 €

AMMINISTRAZIONE ACQUIRENTE

Nome Ente	AUSL 5 ORISTANO
Codice Fiscale Ente	00681110953
Nome Ufficio	SERVIZIO PROVVEDITORATO
Indirizzo ufficio	VIA CARDUCCI N° 35, 09170 - ORISTANO (OR)
Telefono	0783317780
Fax	078373315
e-mail di contatto Punto Ordinate	PROVVEDITORATO@ASLORISTANO.IT
Punto Ordinate	MARIA GESUINA DEMURTAS
Codice Fiscale Punto Ordinate	DMRMGS56H63L202M
Ordine Istruito da	ELEONORA FAA

FORNITORE CONTRAENTE

Ragione Sociale	ALEA S.A.S.
Partita IVA	05067060011
Indirizzo Sede Legale	STRADA GENOVA, 299 - 10024 - MONCALIERI(TO)
Telefono	0116811907
Fax	0116470395
e-mail di contatto	COMMERCIALE@ALEASAS.IT
Tipologia societaria	SOCIETÀ IN ACCOMANDITA SEMPLICE
Codice Fiscale dell'impresa	05067060011
Provincia sede registro imprese	TO
Numero iscrizione registro imprese	TO-680952
Codice Ditta INAIL	5218585
Numero P.A.T.	5218585
Matricola aziendale INPS	8122471353

ORDINE IN BOZZA
non utilizzabile per l'invio al fornitore

CCNL applicato	SERVIZI E TERZIARIO
Settore	COMMERCIO

OGGETTO DELL'ORDINE (1 di 1) - Metaprodotto: PULSOSSIMETRI

Articolo Fornitore	AL-MED-YX300
Marca	YUYUE
Articolo Produttore	YX300
Denominazione Commerciale	PULSOSSIMETRO - SATURIMETRO PORTATILE A DITO
Prezzo	52,8
Unita Di Misura	Pezzo
Quantita' Vendibile X Unita' Di Misura	1
Acquisti Verdi	N.A.
Tempo Di Consegna (giorni)	15
Disponibilita Minima Garantita	50
Province Di Consegna	PIEMONTE, VALLE D'AOSTA, LOMBARDIA, TRENTINO ALTO ADIGE, VENETO, FRIULI VENEZIA GIULIA, LIGURIA, EMILIA ROMAGNA, TOSCANA, UMBRIA, MARCHE, LAZIO, ABRUZZO, MOLISE, CAMPANIA, PUGLIA, BASILICATA, CALABRIA, SICILIA, SARDEGNA
Condizioni Di Pagamento	60 GG DF
Allegato	
Tipo Contratto	Acquisto
Codice Cnd	Z1203020408
Identificativo Di Registrazione Bd/rdm	nd
Anno/versione	2010
Tipologia	A dito
Pazienti Destinatari	Per adulti e bambini
Schermo	OLED A COLORI
Dimensioni (cm Lxaxp)	5,6 x 2,6 x 3
Peso (kg)	0,054 con batterie
Alimentazione	n.2 batterie tipo AAA alcaline 1,5 V
Parametri Monitorati E Opzioni Incluse	SpO2, pulsazioni, pletismogramma
Quantità totale ordinata	1.00
Aliquota IVA da applicare	4%

RIEPILOGO ECONOMICO

Oggetto	Nome Commerciale	Prezzo Unitario (€)	Qtà ordinata	IVA (€)	Totale (IVA incl.)
1	PULSOSSIMETRO - SATURIMETRO PORTATILE A DITO	52,8	1.00 (Pezzo)	2,11 €	54,91 €
TOTALE					54,91 €