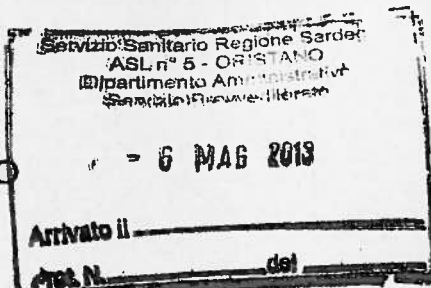
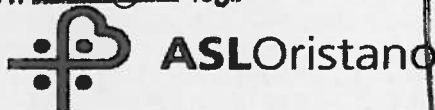


Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 2 fogli



*Fax
715113
u*

**DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA**

Prot. N. 4423673

Oristano, 02.05.2013

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.

AL SERVIZIO PROVVEDITORATO

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. _____, prot. n° 31572 del 02.05.2013, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da '_____', allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, a integrazione della precedente richiesta così come specificato in oggetto, dell'assistito _____

- N° 1 Ventilatore presso metrico CPAP con memory-card o sistema di trasferimento dati, codice ISO 03.03.15;
- N° 2 Maschere oronasale tipo full face mask con valvola espir misura M;
- N° 2 filtri di ricambio;
- N° 3 Circuito respiratorio;
- N° 6 filtro macchina;
- N° 1 Umidificatore attivo regolabile;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu

Azienda Sanitaria Locale N.5 Oristano Via Giosuè Carducci, 35 (09170) Oristano - P. IVA 00681110953
Telefono: 0783/317836 - Fax 0783/317837 - e-mail: ausl.oristano@tiscali.it usl.oristano@libero.it



AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA DI CAGLIARI
PRESIDIO DI MONSERRATO

Struttura di Neurofisopatologia

Centro per la diagnosi e cura dei Disturbi del Sonno

Direttore: Prof. Francesco Marrosu

Tel. 070 5109 6016 - 070 5109 6035

*AOU-Cagliari - P.O. di Monserrato
Centro Regionale per la diagnosi
e cura dei disturbi del sonno
Struttura di Neurofisopatologia
D.ssa GIOIA GIOI*

ASSISTENZA INTEGRATIVA

ASSISTITO COGNOME e NOME

Codice regionale

Data e luogo di nascita **ORISTANO**

codice fiscale

Sesso

ASL di appartenenza dell'assistito

Provincia **OR 105** Regione...**Sardegna**.....

Medico Curante di libera scelta **Dr. Alfredo Asuni**

DIAGNOSI:

Formulata in data **24/03/2011**

Da: Medico Specialista

Dr MONICA PULIGHEDDU

1. CENTRO PER LA DIAGNOSI E LA CURA DEL SONNO

DESCRIZIONE

PRESIDIO PROPOSTO:

- 1 **601.11.01 ventilatore presso metrico (CPAP FISSA) con memory -card o sistema di trasferimento dati***
- 2 **maschera oronasale tipo e full face mask con valvola espir .Misura M quantità: 2**
- 3 **filtri ricambio quantità:2**
- 4 **Circuito respiratorio quantità:3**
- 5 **Filtro macchina quantità:6**
- 6 **Umidificatore attivo regolabile quantità:1**

**Al fine di ottenere un adeguato follow-up del paziente e ridurre la necessita di ricoveri per monitoraggi cardiorespiratori di controllo gli apparecchi dovrebbero essere dotati dei seguenti sistemi di raccolta e trasferimento dati:*

- **REGISTRAZIONE DATI PER 365 GG SULL'APPARECCHIO EO 180 GG SU MEMORY CARD SOFTWARE PER LA MEMORIZZAZIONE, LA VISUALIZZAZIONE E LA STAMPA DEI DATI DI COMPLIANCE E DEI DATI DETTAGLIATI (PRESSIONE, PERDITE E INDICE APNEE/IPOPNEE DEL PAZIENTE) DEGLI ULTIMI 5 GG.**
- **POSSIBILITA' DI INTERFACCIAMENTO PER LA LETTURA E LA STAMPA DEI SEGUENTI DATI:**
 1. **PRESSIONE**
 2. **PERDITE**
 3. **VOLUME MINUTO**
 4. **FLATTENING**
 5. **RUSSAMENTO**
 6. **INDICE DELLE APNEE E IPOPNEE**
 7. **DURATA DEGLI EVENTI**

data la patologia riscontrata il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33% secondo le tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le minoranze e malattie invalidanti di cui al DM 5.2.1992 N43.

Data 17/04/2013

Timbro e firma medico prescrittore
AOU-Cagliari - P.O. di Monserrato
Centro Regionale per la diagnosi
e cura dei disturbi del sonno
Struttura di Neurofisopatologia
D.ssa GIOIA GIOI

Timbro del Centro