

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

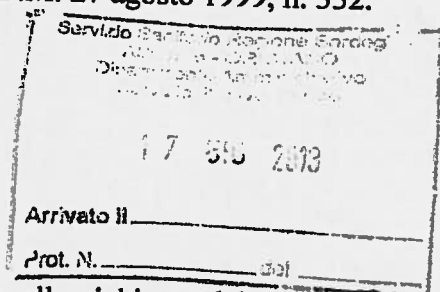
Prot. N° 4507921

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____ Oristano, li 17.06.2013
Composto di n° 3 fogli

Free
2/6/13
4

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° 43369 del 17.06.2013, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da _____ allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito U.A.

- Apparecchio di supporto alla tosse "FREE ASPIRE" marca MPR con accessori d'uso, Codice ISO 03.03.15;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

Servizio Sanitario - Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
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 Assistenza alla Torre

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto
Riduzione delle vasculopatie brachiali e del piede secondarie
al restringimento di alcuni brachiali

Tempi di impiego previsti 2 sedute / 15' di 10 minuti

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Free esp. MP2 con accessori duso</u>	<u>601-11-01</u>	<u>03-03-15</u>	<u>1</u>
<u>La pr. è stata adottata con buoni risultati e con buona compliance dello strumento stesso</u>			

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 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

Dr 10-06-13

Lo Specialista

AZIENDA S.L.M. - CRISTANO

Presidio Ospedaliero Psichiatrico

Dot.ssa Pietrina Murgia

Note:

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

MS

MEDICAL SERVICES
di Antonio Mura

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

07100 SASSARI - VIA FRATELLI ROSSELLI N. 4/A
Tel 079-2111504 - Fax 079-216876

C.C.I.A.A. SS R.L. 183763/1996
P. IVA n. 01404210906

Sassari 13/04/2012
Ns. Rif. A13/04-GC

SPETT.LE
AZIENDA U.S.L. N. 5
SERVIZIO ACQUISTI
VIA CARDUCCI N. 35
- ORISTANO -

c.a. Sig.ra Eleonora Fas

OGGETTO: Incarico di distribuzione anno 2012.

Spett.le Amministrazione, io sottoscritto Antonio Mura, titolare della Ditta M.S. Medical Services di Antonio Mura con sede a Sassari in via Fratelli Rosselli n. 4/A, in qualità di rivenditore ospedaliero, in esclusiva per la Regione Sardegna, dell'apparecchiatura FREE ASPIRE, dichiaro di aver assegnato, per l'anno 2012, incarico di distribuzione per le province di Cagliari ed Oristano alla Società MEDAX s.r.l.

Distinti saluti

M.S. MEDICAL SERVICES

Antonio Mura



Legnano, 29 marzo 2012

A chi di competenza

OGGETTO: contratto di distribuzione 2012

La presente per dichiarare che la società MS Medical Service con sede a Sassari in Via F.lli Rosselli, 4a è il distributore esclusivo delle forniture ospedaliere nella regione Sardegna per l'anno 2012 dell'apparecchiatura FREE ASPIRE di nostra produzione.

In Fede

Medical Products Research S.r.l.



Medical Products Research S.r.l.
Capitale sociale euro 20.000 interamente versato
Registro Imprese Tribunale di Milano n° 04884320969
Rsa Milano n° 1767992
Codice fiscale 04884320969 Partita IVA 04884320969

Sede legale
Piazza IV Novembre, 5 - 20025 Legnano (MI)
Sede amministrativa
Via S. Luca, 48 - 20025 Legnano (MI)
Tel + 39 0331 567 992
Fax + 39 0331 485 000

msr.med.it
e-mail info@msr-med.it



Allegato n° 3 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 4 fogli

Sassari 29/03/2012
Ns. Rif. A29/03-GC

Spett.le
Azienda U.S.L. n. 5
Servizio Provveditorato
Via Carducci n. 35
- Oristano -

OGGETTO: Offerta per la fornitura di un apparecchio "FREE ASPIRE"
Rif. Vs. Prot. n. 21773 / E.F. del 27/03/2012.

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

N. 01 Pz. Art. MPR100/M - Apparecchio per la tosse FREE ASPIRE, orig. MPR, completo di accessori d'uso.

Prezzo unitario IVA esclusa: € 2.850,00 (duemilaottocentocinquanta/00)

Prezzo unitario IVA inclusa: € 2.934,00 (duemilanovecentosessantaquattro/00)

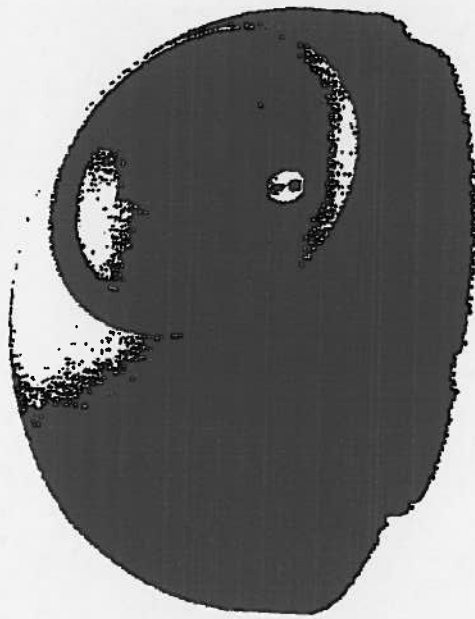
Condizioni di fornitura:

- IVA 4% Vs. carico;
- Validità dell'offerta: sino al 31/12/2012;
- Tempi di consegna: 20 gg.;
- Imballo gratis - consegna e collaudo ns. carico c/o domicilio paziente;
- Garanzia: mesi 12 dalla data del collaudo;
- Pagamento a mezzo Bonif. Bancario 90 gg. D.R.F.

Distinti saluti

MEDAX s.r.l.
L'Amministratore

inspiration in respiratory therapy



FREE ASPIRE

MEDAX SRL
Via F.lli Rosselli, 4/A - 07100 SASSARI
Tel. 079 2111504 - Fax 079 216876
Part. IVA 02006260901



ASPIRATORE DI SECREZIONI CON TECNOLOGIA VAKÜM

FREE ASPIRE

FREE ASPIRE è un'apparecchiatura elettromedicale in grado di rimuovere le secrezioni bronco-polmonari in maniera non invasiva senza l'impiego di sonde e senza generare tosse.

FACILE ————— | **l'utilizzatore respira normalmente a volume corrente**

SICURO ————— | **nessuna pressione positiva o negativa è generata all'interno delle vie aeree**

EFFICACE ————— | **è possibile l'impiego anche in pazienti con scarso riflesso della tosse**

CE 0051

STYLING: [unreadable]

CAMPI DI IMPIEGO CLINICO

Pazienti con ridotta capacità expectorante.

[Faded text describing clinical applications]

Indice Clinico

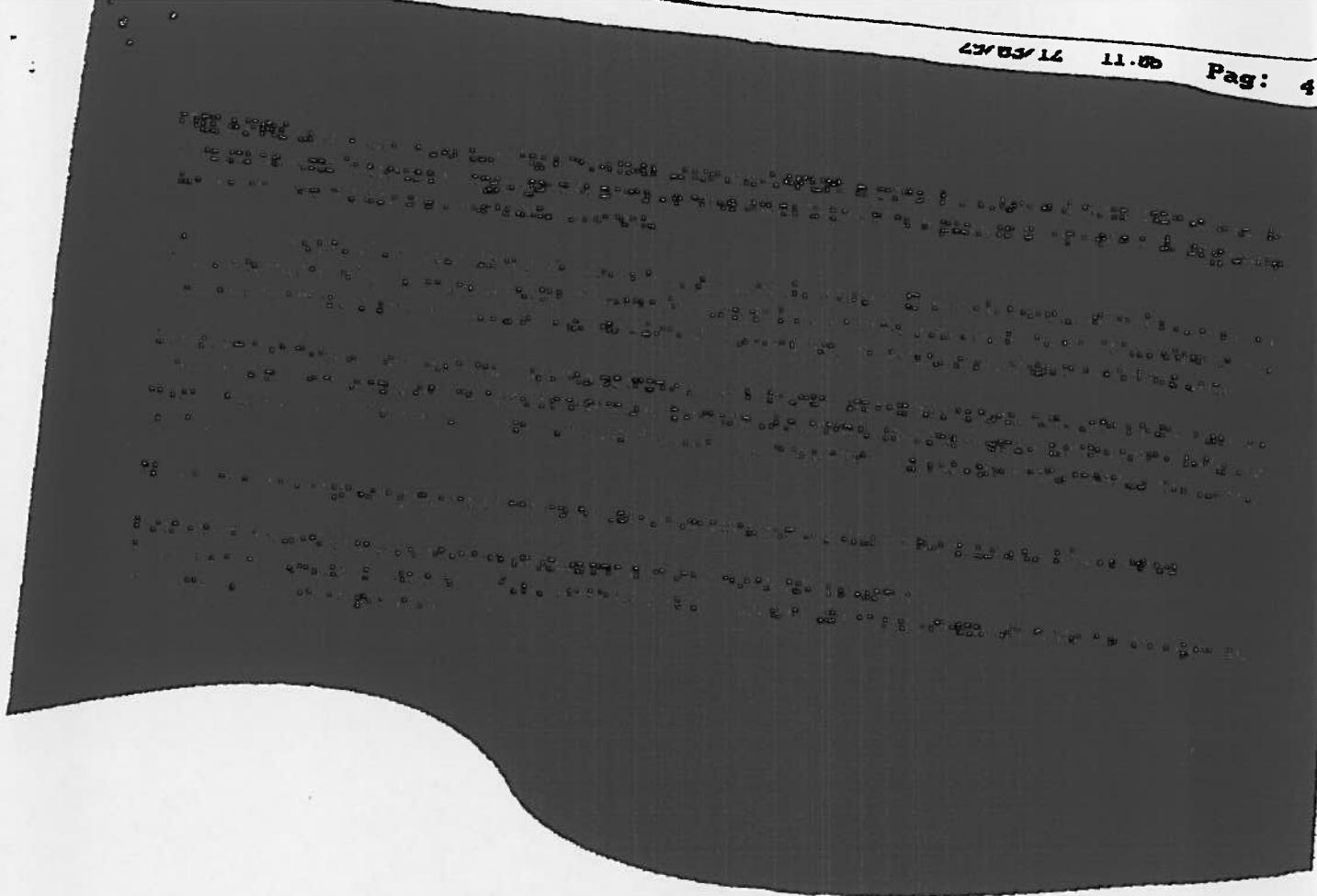
[Faded text describing clinical index]

- BRONCO
- BRONCHITE
- PNEUMONIA
- PREPARAZIONE PER LA COLONIA
- MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE
- QUALITÀ DELLA VITA

CONTROINDICAZIONI RELATIVE

[Faded text for relative contraindications]





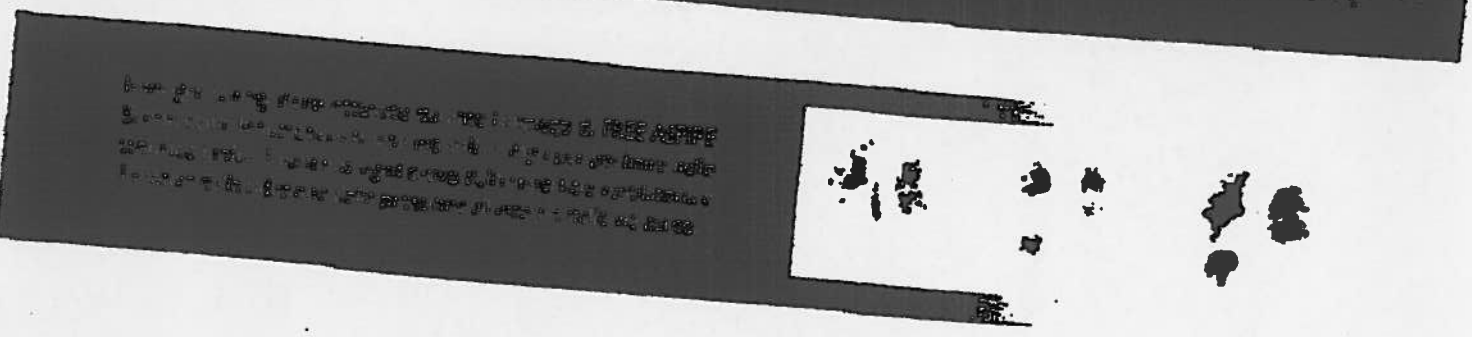
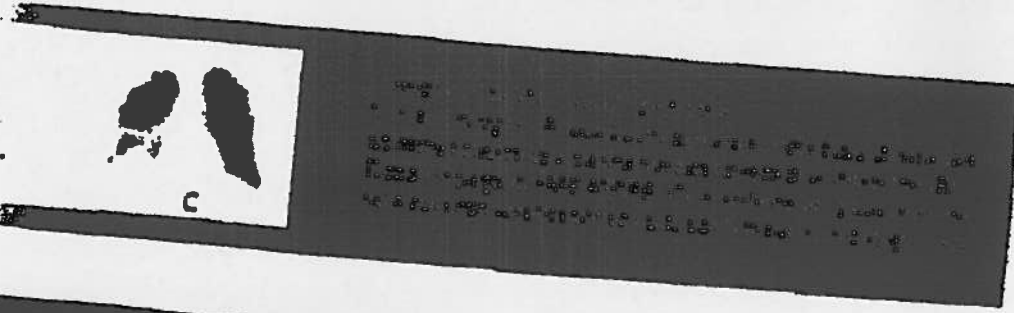
A



B



C



MEDAX SRL
Via F.lli Rosselli, 4/A - 07100 SASSARI
Tel. 079 2111504 - Fax 079 216876
Part. IVA 02006260901



Medical Products Research S.r.l.
Via R. Cutilia, 43/45 - 20025 LEGNANO (MI) Italy
Tel: +39 0331 597 992 Fax: +39 0331 485 088
e-mail: info@mpr-italy.it Web: www.mpr-italy.it

Dati tecnici
Alimentazione: 220-230 V AC - 50 Hz
Potenza assorbita: 140 W
Fusibile: 250V, F500mA, 5mm
Classe di protezione elettrica: II
Tipo di porte applicate: B
Dimensioni: 27 x 23 x 13 cm
Peso: 2 kg
Conformità: Direttive DM 93/42/CEE classe IIa
Norme applicate CEI EN 60601-1(78 ed)- CEI EN 60601-1-2:2001