

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

Prot. NP/2013/5237

709
25/11/2013 PC.

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Oristano, li 22.11.2013

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

Servizio Sanitario Regione Sardegna	
ASL n° 5 - ORISTANO	
Dipartimento: _____	
Servizio: _____	
+ 25 11 2013	
Autografo: _____	
Aut. N. _____ del _____	

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted] prot. n° 81134 del 22.11.2013, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted] allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto A CARATTERE D'URGENZA per i presidi sanitari di cui all'oggetto, a integrazione della precedente richiesta così come specificato in oggetto, dell'assistito [redacted]

- Ventilatore CPAP, codice ISO 03.03.15; (*)
- N° 1 umidificatore;
- N° 2 tubo circuito paziente;
- N° 2 maschera nasale misura M per adulti con Whisper-swivel;
- N° 2 calottine di supporto maschera;
- N° 12 filtri di ricambio per il ventilatore;

N.B. URGENZA

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spasnu -

Fausto Spasnu

(*) IN CONSIDERAZIONE DEL
FATTO CHE LA SIG. [redacted] UTILIZZAVA
UN VENTILATORE "XT-1" E CHE LA STESSA
NON RIESCE AD ADATTARSI AL VENTILATORE OFFERTO,
SI PROPONE LA FORNITURA DELLA STESSA VENTILAZIONE
A.S.L. 5 - Oristano

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 MANIPOLAZIONE DELLE ARTE OMMANIVE IN OBESIA

Valutazione del deficit 3/3/1

Valutazione funzionale e abilità residue _____

N. R.: PAZIENTE GIA' IN BENEFICIO CON CPAP

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare (NON NEEDED)

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

PRESCRIZIONE URGENTE

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
VENTILAZIONE A PRESSIONE	601.11.01		1
POSITIVA CONTINUA (CPAP)			
CON INTUBAZIONE E			
UMIDIFICAZIONE, CIRCUITO D			
TUBI E MASCHERINA MOUTH			

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del M 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

(Handwritten mark)

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 DISABILITÀ A SEGUITO DI ACCIDENTO che non è convenientemente riparabile
(condizioni di cui al co. 2 dell'art. 5 del D.M. 332/99). DI ALLUVIONE

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

Lo Specialista
A.S.L. S. Crisiano
U.O. PNEUMOLOGIA
Dr. Giuseppe Orto

note:

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



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

Sassari 06/08/2013
Ns. Rif. A6/08-AM

SPETT.LE
AZIENDA U.S.L. N. 5
SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
VIA CARDUCCI N. 35
09170 - ORISTANO

OGGETTO: Preventivo di spesa per la riparazione di un ventilatore CPAP Good Knight 420G
in dotazione al paziente [REDACTED]
Rif. Vs. Prot. n. 0045754 del 25/06/2013.

In merito alla Vs. richiesta di cui all'oggetto facciamo presente che abbiamo provveduto al controllo dell'apparecchio CPAP non funzionante.

Il modello dell'apparecchiatura (Good Knight 420G) è obsoleto e non riparabile per la mancata disponibilità dei ricambi originali necessari.

Vi proponiamo pertanto l'acquisto una nuova CPAP della stessa tipologia:

Art. VEAP0XT1 - CPAP mod. XT orig. APEX al prezzo di: € 580,00 (Cinquecentottanta/00) + IVA.

Saranno a ns. carico i costi relativi al recupero e smaltimento del vecchio apparecchio ed i costi di noleggio della CPAP sostitutiva (già in uso presso il domicilio del paziente) fino alla consegna del nuovo apparecchio.

Nell'eventualità che la ASL n. 5 non approvasse il ns. preventivo specifichiamo che saranno addebitate alla stessa le seguenti spese:

- Sopralluogo presso il domicilio del paziente e verifica tecnica eseguita: € 150,00 (centocinquanta/00) + IVA.
- Noleggio della CPAP sostitutiva: € 1,80 (1/80) + IVA per giorno di utilizzo.

Condizioni di fornitura:

- IVA di legge Vs. carico;
- Validità dell'offerta: al 31/12/2013;
- Imballo, trasporto, consegna, collaudo ns. carico c/o domicilio paziente;
- Tempi di consegna: 15 gg.;
- Pagamento: 60 gg. data ricezione fattura a mezzo B.B.

Distinti saluti

MEDAX s.r.l.
L'Amministratore



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

Servizio Sanitario Regionale Sardegna
 ASL n° 5 - ORISTANO
 Dipartimento di Diagnostica e Cura
 Servizio Provveditorato

25 NOV 2013

Arrivato il _____
 Prot. N. _____ del _____

Sassari 25/11/2013
 Ns. Rif. A25/11-EB

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

OGGETTO: Preventivo.

Come da Vs. richiesta telefonica, sottoponiamo alla Vs. cortese attenzione ns. offerta per la fornitura del materiale di seguito elencato:

Art. MASN02IQ	- Maschera nasale "IQ-Net" - Mis. universale	Cad. € 70,00
Art. CIRUMONO	- Circuito paziente orig. Rusch	Cad. € 18,00
Art. FIAP0001	- Filtro-macchina per CPAP VEAP0XT1	Cad. € 3,20

Distinti saluti

MEDAX s.r.l.

Antonio Muzza

PROSPETTO AFFIDAMENTO FORNITURA VENTILATORE CPAP XT1 COMPLETO DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

Ditta MEDAX

PUNTO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE CPAP MOD. XT1 ORIGINALE APEX, CON UMIDIFICATORE INTEGRATO, ART. VEAPOXT1	1	€ 580,00	€ 580,00
2	MASCHERA NASALE IQ-NET MIS. UNIVERSALE ART. MASN021Q	2	€ 70,00	€ 140,00
3	CIRCUITO PAZIENTE ORIG. RUSCH ART. CIRUMONO	2	€ 18,00	€ 36,00
4	FILTRO MACCHINA PER CPAP VEAPOXT1 art. FIAP0001	12	€ 3,20	€ 38,40
TOTALE i.v.a. esclusa				€ 794,40
I.V.A. 4%				€ 31,78
TOTALE i.v.a inclusa				€ 826,18

Allegato n° 4 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° _____ del _____
 Composto di n° 2 fogli