

Fae

12/11/13
h

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

Prot. NP/2013/4747

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

Oristano, li 11.11.2013

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
12 NOV 2013
Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted] prot. n° 77914 del 11.11.2013, 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, a integrazione della precedente richiesta così come specificato in oggetto, dell'assistito [redacted]

- Ventilatore pressometrico, codice ISO 03.03.15;
- N° 3 maschere oronasali;
- N° 3 cuffie reggimaschera;
- N° 3 circuito paziente;
- N° 12 filtri macchina;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

ASSISTENZA INTEGRATIVA
(Modello di prescrizione)

Foe h

1° Visita

Allegare certificato di residenza

Visita successiva

Cognome e Nome assistito

CR BRNGNN38T58A621Q

Data e Luogo di nascita

Indirizzo (città, via, n°)

Diagnosi circostanziata:

Presidio Proposto

Descrizione

Codice Tariffario

(se previsto)

n° 1 ventilatore pressometrico

1) N° 3 maschere oronasali

2) N° 3 cuffie reggimaschera

3) N°3 circuiti paziente

4) N° 12 filtri macchina

5) **NOTA BENE** tale materiale dovrà essere consegnato nel più breve tempo possibile nel frattempo, la paziente verrà seguita presso il poliambulatorio di Oristano

Programma terapeutico (Tempi di impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali controindicazioni - Significato terapeutico e riabilitativo)

Ventilazione notturna con ventilatore pressometrico IPAP 14 cm H2O, EPAP 8 cm H2O
con O2 terapia' 1L/m

Per i minori di anni 18: il richiedente necessita di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente?

Firma dello specialista solo in caso di risposta affermativa

Per i maggiori di anni 18:

N.B. All'attenzione del medico prescrittore: la presente certificazione può essere rilasciata esclusivamente a pazienti che si trovino nelle condizioni sottelencate

Riportare la dicitura corrispondente allo stato del paziente:

"Data la patologia riscontrata, il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33%"
(Nota Assess. Reg. 8/07/1992)

Invalido civile / di guerra / di servizio /privo di vista / sordomuto

Istante in attesa di riconoscimento con riduzione della capacità lavorativa superiore a 1/3 già riconosciuta dalla Commissione Medica A.U.S.L.

Istante in attesa di accertamento per indennità di accompagnamento

Istante entero-urostomizzato

"Data la patologia riscontrata, il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33%" (Nota Assess. Reg. 8/07/1992)

Paziente Allettato

data 08/11/2013

IL MEDICO SPECIALISTA
dott. A. Raimondo Tedda

Spett.le
AZIENDA USL N°5
VIA Carducci
ORISTANO
c.a Dott. Gesuina Demurtas

Porto Torres 15 05 2013 Prot. 92gd13

OGGETTO: Offerta maschera nasale e facciale

La SAPIO LIFE S.R.L. con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Ufficio delle Imposte Dirette di Monza – Via Marsala n. 13, Codice fiscale, numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02006400960 – già Registro Ditte R.E.A. n. 1330457 dal 9/3/90, registro delle Imprese di Monza n. MI149-43606, P.I. 02006400960 – con la presente sottopone alla Vs. cortese attenzione la propria migliore offerta per quanto in oggetto:

CONDIZIONI DI FORNITURA:

- **Pagamento :** 60 GG rimessa diretta.
- **Validità offerta:** tutto il 2013
- **Consegna :** 2/15g dall'ordine presso vostri locali

Si dichiara che il materiale offerto è certificato CEE e la classe di appartenenza di cui alla DIR CEE 93/42

DESCRIZIONE	Costo unitario	Costo Totale	CND	RDM
N° 1 Maschera Ultra Mirage misura M completa di cuffia reggi maschera, dispersore Co2	180,00	180,00	R03010199	16145/R
N° 1 maschera nasale Profile Lite M.	90,00	90,00	R03010105	47855/R
TOTALE		190,00		
TOTALE CON IVA 4%		197,60		

In attesa di un Vs. gentile cenno di riscontro in merito, con l'occasione porgiamo i ns. più distinti saluti.

SAPIO LIFE SRL

Rif commerciale
Diana Gianmario
Tel 3484058125
e-mail g.diana@sapio.it

PROSPETTO AFFIDAMENTO FORNITURA VENTILATORE BILEVEL COMPLETO DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

Ditta SAPIO LIFE

PUNTO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNIT.	TOTALE
1	VENTILATORE BILEVEL CON SMART CARD E UNIDIFICATORE DEVILBISS BILEVEL S DV55 (SL99400055)	1	831,6	€ 831,60
2	UMIDIFICATORE DV5HH (SL99400150)	1	106,26	€ 106,26
3	SMARTLINK MODULE (SL 10903499)	1	120,12	€ 120,12
4	MASCHERA FULL FACE ULTRA MIRAGE RESMED completa di cuffia reggi maschera e dispersore CO2- MISURA M	2	€ 180,00	€ 360,00
5	CIRCUITO PAZIENTE CM 180 TELEFLEX IN PVC (SL10130010)	3	€ 4,50	€ 13,50
6	FILTRO ANTIPOLVERE (SL10903490)	12	€ 1,30	€ 15,60
TOTALE i.v.a. esclusa				€ 1.447,08
I.V.A. 4%				€ 57,88
TOTALE i.v.a inclusa				€ 1.504,96

Autogelo n° 3 alle determinazioni
 Serv. Provveditorato N° _____ del _____
 Composto di n° 1 fogli