

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

For
24/2/14
Dem
Prot. NP/2014/2095

Allegato n° 1 alla determinazione
Data 24/2/2014
Composto di 3 fogli

Oristano, li 21.02.2014

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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



Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 8185 del 04.02.2014, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted] allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi di cui all'oggetto per l'assistito [redacted]

- Materasso ventilato in espanso composito, Codice ISO 03.33.06.006;
(DIMENSIONI: cm. 220 X 200)

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 quadro stabilizzato di _____

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
per ottenere l'autonomia motoria e prevenire ulteriori
 lesioni e ferire obiettivi dell' "invalide"

Tempi di impiego previsti
Totale _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Unità protesica per arto sup		18.09.39.030	2
Unità protesica per arto inf		18.09.39.027	1
Tavolo con ruote e con regolazione dell'h e dell'angolo		18.09.39.172	1
Donne			

Nota che unitario in esente con costo 03.33.06.006
 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

✓ **Dimensioni non standard: cm 220 x cm 100.**

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

Lo Specialista

Azienda S.p.A. n. 5 - Ospedale
Medicina Interna e Geriatria
Dott.ssa Silvia Tomas

08/01/15

Note:

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

Allegato n° 2 alla determinazione
Sede Prov. Oristano del
Comitato di n. 1 fogli



Officine Ortopediche e Sanitarie

Via Amendola, 40 - 07100 Sassari - tel 079.218496
GHILARZA- PIAZZA AMSICORA 1- TEL/FAX 0785/52596

SPETT.LE

A.S.L. 5

DISTRETTO ORISTANO

Oggetto: Prot. 15326 /E.F. del 03-03-14

Sassari, 05-03-14

descrizione	prezzo unitario	prezzo totale
1 Materasso ventilato in espanso composito mis. cm 220 x cm100	430,00 quattroccentotrenta/00	430,00 quattroccentotrenta/00

IVA AL 4% ESCLUSA
VALIDITA' PREVENTIVO 60 GG



CONFINDUSTRIA FERRARESE