

CFE  
Foa 2/3/14  
26/3/14  
Serv. Provveditorato  
completato n° 3 fogli  
ASL Oristano

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
ASL n° 5 - ORISTANO  
Dipartimento Amministrativo  
Servizio Provveditorato  
14 MAR 2014  
Arrivato il \_\_\_\_\_  
prot. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO**  
**UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA**

Prot. NP/2014/2912

Oristano, 13.03.2014

**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. [redacted], prot. n° 14873 del 27.02.2014, 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, dell'assistito [redacted]

- Sedia per wc e doccia, poggiatesta, sistema basculante, cinghia pettorale, codice ISO 09.12.03.003;

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 [redacted] COGNOME [redacted] ETÀ: \_\_\_\_\_  
 Nato a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]  
 Residente in [redacted] Via [redacted] N. [redacted]

**VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO**

Diagnosi clinica [redacted]  
 Valutazione del deficit GRAVE ISD  
 Valutazione funzionale e abilità residue totalmente dipendere da terzi.

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare da recente l'INTERA  
MATERIA per i carichi di lavoro e peggio posturali.

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto  
promuovere la riduzione del carico articolare per lo cura della  
persona

Tempi di impiego previsti  
per lo cura della persona

**PRESIDI PROPOSTI**

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>SEDIA PER DOCCIA L. ORL</u>		<u>09 12 03 003</u>	<u>1</u>
<u>POSERELLA</u>		<u>12 24 06 112</u>	<u>1</u>
<u>OROSCULO</u>		<u>12 09 18 202</u>	<u>1</u>
<u>WALKER</u>		<u>12 24 06 103</u>	<u>1</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

Lo **ASL ORISTANO**  
Distretto Socio Sanitario di Oristano  
U.O. Servizi di assistenza  
abilitativa a soggetti disabili  
Dot. Niccolò Pasqualino Orrù

### Note:

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

18.02.2014

Dr. Diego Matta



Ortho Shop S.a.s.  
di Bruno Xaxa

**ORTOPEDIA - SANITARIA**

Spett.le  
ASL 5 ORISTANO  
SERVIZIO PROVVEDITORATO

PROT. PG/2014/20090/E.F. DEL 20-03-2014

PREVENTIVO

Preventivo n°45/14

Data: 20/03/2014


Riferimento : VS FAX 20/03/2014

Codice ISO	Descrizione	Unità	TOTALE PZ/ZZI	PREZZO UNITARIO	IMPONIBILE	TOTALE + IVA 04%
09.12.03.003	SEDIA WC BOCCIA CON ACCESSORI VARI (POGGIATESTA, SISTEMA BASCULANTE, CINGHIA PETTORALE).	PZ	1	€ 790,00	€ 790,00	€ 821,60

ALLEGATA SCHEDA TECNICA

PREVENTIVO REDATTO DA: XAXA BRUNO X Info e chiarimenti contattare lo 0785/375130

Allegato n° 2 alla determinazione  
Serv. Provveditorato n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 2 fogli

  
ORTHOSHOP  
BENEFICIARI SALUTI  
**Ortho Shop s.a.s.**  
S.L. Piazza Costituzione, 1 - Bossi  
C.so IV. Novembre, 32 - 08013 Bossi (CR) - Tel/Fax 0785.375130  
Viale Trieste, 40 - 09025 Scailir (SI) - Tel/Fax 0785.990463  
P.Iva - C.F. 01280140910 - e-mail: orthoshop@tin.it

**INTERMED**

Via della Pace, 21  
20098 S. Giuliano Milanese (MI) - Italy  
Tel. +39-02-98248016 Fax +39-02-98247361  
www.intermeditalia.it info@intermeditalia.it

**SCHEDA TECNICA**

**SEDIA DA DOCCIA  
E DA COMODO BASCULANTE  
LINEA MODERN**

Rev 00

Settembre 2012

Codice	Descrizione
AB-95	Sedia da doccia e da comodo basculante

**Descrizione**

Sedia da doccia e da comodo basculante con struttura in alluminio verniciato.  
Braccioli ribaltabili imbottiti  
Pedane in plastica regolabili in altezza con fascia ferma gambe in nylon.  
Sedile in poliuretano morbido con tappo per foro.  
Schienale in nylon estraibile  
Ruote piroettanti in plastica, sigillate con coperture in gomma e freno di stazionamento.  
Poggiatesta in poliuretano regolabile in altezza e profondità.

**Materiali componenti**

Struttura e braccioli	Alluminio
Seduta e poggiatesta	Poliuretano
Poggiabraccia	Poliuretano
Ruote	Plastica con coperture in gomma
Pedane poggia piedi	Plastica
Schienale e ferma gambe	Nylon

**Dati tecnici**

Distanza tra i braccioli	520 mm
Altezza totale	1080 mm
Larghezza seduta	450 mm
Altezza seduta da terra	540 a 600 mm
Distanza braccioli da terra	250 mm
Ingombro totale larghezza	530 mm
Ingombro totale lunghezza	800 mm
Ingombro alla base	520 mm
Gradi basculamento	25°
Diametro ruote	100 mm
Spessore ruote	30 mm
Peso	kg 15
Portata	kg 120

**Modalità di smaltimento**

Smaltire il dispositivo rispettando le normative vigenti in materia di tutela ambientale e raccolta differenziata.

**Pulizia e manutenzione**

Pulire dopo ogni utilizzo con panno morbido e detergenti neutri. Non impiegare sostanze acide e spugne abrasive. Disinfettare con normali sostanze a base alcolica. Verificare periodicamente il funzionamento dei freni di stazionamento e lo stato delle coperture in gomma delle ruote nonché la tenuta delle saldature ed il corretto serraggio di viti e bulloni. Controllare, inoltre, il funzionamento e la tenuta dei meccanismi di basculamento.

**Conservazione**

Conservare al riparo da sorgenti di luce, calore ed umidità. Evitare l'esposizione diretta ai raggi solari.

**Garanzia** 24 mesi per difetti di fabbricazione

**Codice CND:** Y091203

**Numero di repertorio:** in corso di registrazione

**Produttore** INTERMED srl

Dispositivo Medico di Classe I conforme alla Direttiva 93/42/CEE



**Ortho Shop s.a.s.**

S.L. Piazza Costituzione, 1 - Base  
Cao V. Emanuele, 82 - 08013 Base (OR) - Tel/Fax 0763.375130  
Viale Trieste, 40 - 09023 Santhi (SV) - Tel/Fax 070.9308463  
P.Iva - C.F. 01290140910 - e-mail: orthoshop@tiscali.it

*BASA, 20/03/14*