

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

Prot. NP/2014/7640

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 4 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato	
16 559 2014	
Arrivato il _____	
Prot. N. _____	del _____

Oristano, li 11.07.2014

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

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato n° _____ del _____
Composto di n° 5 fogli

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 48068 del 11.07.2014, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted]

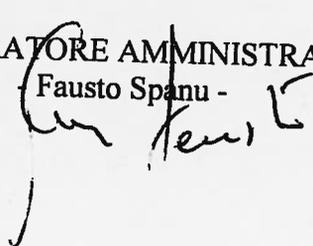
Allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [redacted]

- Ventilatore AutoCPAP "DreamStar" con Smart Card e umidificatore 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. 16

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
Valutazione del deficit > 33%
Valutazione funzionale e abilità residue Il p. protese Ventolare unilaterale dal 2011. assoluta recente di sostituzione urgente del Ventolare per.
Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare giusto servizio del Centro Addebiato al AutoCAAP. SANDRAN. assoluta non probabile.
Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Ventilatore AutoCAAP Dream Star 601-11-01 con SMART CARD			1
Unidifensore			1

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

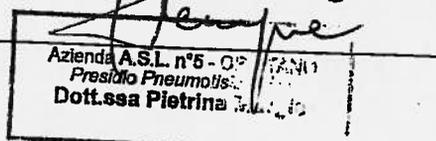
- Invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di 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. 10-07-11

Lo Specialista



Note:

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



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

Prot. NP/2014/7571

Oristano li, 10/07/2014

OGGETTO: CPAP in uso domiciliare. Comunicazione di non riparabilità.

Fax 0783 317082

**All'Ufficio Assistenza Protesica
Distretto Oristano**

Fax 0783 73315

p.c. Al Responsabile Servizio Provveditorato

Fax 0783 317512

**p.c. Dr.ssa Pietrina Murgia
Presidio Pneuematologico Oristano**

Con riferimento alla richiesta di riparazione del Ventilatore Polmonare CPAP in uso domiciliare al paziente ██████ residente a ██████ si comunica che la Ditta Medax di Sassari ha evidenziato che la predetta strumentazione, non più commercializzata, è obsoleta e non più riparabile per la mancanza dei necessari ricambi originali.

Si invia inoltre nota della Ditta Medax con la quale ha formulato tra l'altro un'offerta per l'acquisto di un nuovo strumento.

Si resta a disposizione per qualsiasi informazione.

Allegato: copia nota Ditta Medax n. A8/07-AM



DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
-Ing. Marcello Serra-

Salvatore Seoni
0783 317356

ASL 5 Oristano

Servizio
Ingegneria Clinica

Via Rockefeller snc
09170 Oristano
Fax 0783779102

www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Pag. 1 di 1

ASL Oristano



Sassari 08/07/2014
Ns. Rif. A8/07-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 AUTOCPAP Sandman
S.N. MN48123ABT, in dotazione al paziente Sig. [REDACTED]
Rif. Vs. Prot. n. PG/2014/48082 del 03/07/2014.

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, non più commercializzata, è obsoleto e non riparabile per la mancata disponibilità dei ricambi originali necessari.

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

N. 01 Pz. - AUTOCPAP DREAM-STAR con card di memoria e con Umidificatore integrato al prezzo di:

€ 880,00 (Ottocentesanta/00) + IVA.

Saranno a ns. carico i costi relativi al recupero e smaltimento del vecchio apparecchio ed i costi di noleggio della CPAP sostitutiva fino alla consegna del nuovo apparecchio.

(Apparecchio sostitutivo mod. Apex XT-AUTO - S.N. 105130100025, già in uso presso il domicilio del paziente)

Nell'eventualità che la ASL n. 5 non approvasse il ns. preventivo specificiamo 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 (uno/80) + IVA per giorno di utilizzo.

Condizioni di fornitura:

- IVA di legge Vs. carico;
- Validità dell'offerta: al 31/12/2014;
- 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