

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

Foo
8/7/14

Prot. NP72014/7324

Allegato n° 1 alla determinazione

Serv. Provveditorato N° _____ del _____ Oristano, li 03.07.2014

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Composto di n° 3 fogli

Servizio Sanitario Regione Sardegna
ASL n° 5 - CRISTANO
Dipartimento Amministrativo
Servizio Provveditorato

- 4 LUG 2014

Arrivato il _____

Prot. N. _____ del _____

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. _____, prot. n° 39214 del 06.06.2014, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "_____".

Allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito _____.

- N° 1 ventilatore CPAP con Smart Card e Umidificatore, codice ISO 03.03.15;
- N° 3 maschere nasale profile.lite con Wisper, misura M-S;
- N° 1 calottina supporto maschera;
- N° 3 tubo raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

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: 58
 Nato a _____ il _____ C.F. _____
 Residente in _____ Via _____ N. _____

cell _____ Tel _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
 Valutazione del deficit > 33%
 Valutazione funzionale e abilità residue Memoria, vista, udito, ecc.

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
Uso del Ventilatore e presidi a preferire l'assorbimento di
funz. Respiratoria durante il sonno e sue conseguenze metaboliche
 Tempi di impiego previsti e confortevoli da usare durante il sonno con
Presidi di 12 litri/h 20.

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Ventilatore CPAP con START CAPA</u>	<u>Col-M-01</u>		<u>1</u>
<u>Umidificatore</u>			<u>1</u>
<u>Maschera nasale ^{nas.} malle-lati MS con Whisper</u>			<u>3</u>
<u>Febri di volume 180cc.</u>			<u>3</u>
<u>Filtro antipolline</u>			<u>12</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

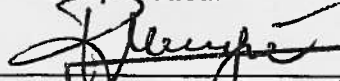
Lettera b dell'art. 2 del D.M. 332/99

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

De. 01-04-14

Lo Specialista


Azienda A.S.L. n°5 - ORISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Nurgia

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione del presidio su ricettario SSN

PROSPETTO AFFIDAMENTO FORNITURA

Ditta **VIVISOL**

punto	descrizione	quantità	CODICE	prezzo unitario	totale
1	VENTILATORE CPAP BMC RESMART CON SD CARD	1	22483	190,00	190,00
2	UMIDIFICATORE BMC	1	22289	35,00	35,00
3	MASCHERA NASALE PROFILE LITE CON WISPER MISURA M-S	3	21969	78,00	234,00
4	CIRCUITO RESPIRATORIO	3	20767	5,00	15,00
5	FILTRO MACCHINA	12	23846	1,30	15,60
				tot.	489,60
				I.V.A. 4%	19,58
				TOTALE	509,18

Allegato n° 9 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 1 fogli