

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 3 fogli



ASL Oristano

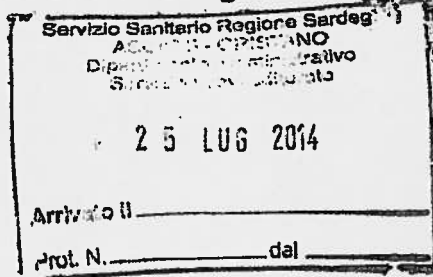
Foe
28/7/14
h

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. NP/2014/8061

Oristano, 24.07.2014

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. _____, prot. n° 50819 del 24.07.2014, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da _____ 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 _____

- N° 1 Ventilatore polmonare Bilevel-ST "SLEEP CUBE DEVILBISS", codice ISO 03.03.15;
- N° 3 maschere oro nasale ventilata mis. S medsize;
- N° 3 tubo corrugato cm. 180;
- N° 24 filtri di ricambio per ventilatore grigio/bianco ;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Sparu -

Allegato 1A

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica
Dimissione Ospedaliera

Assistito

NOME _____ COGNOME _____ ETA': _____
 Nato a _____ IL _____ C.F. _____
 Residente in _____ TELEF. _____

 **ASL Cagliari**
 P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. DI PNEUMOLOGIA
RESPONSABILE
Dott. Cesare Severino

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue _____

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

Tempi di impiego previsti

IL PZ DEVE VENTILARE TUTTE LE NOTTI E AL POMERIGGIO ALLE PRESSIONI DI IPAP 23 CM H2O, EPAP 10 CM H2O

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
BILEVEL ST DURANTE LA DEGENZA LA PZ E' STATA ADATTATA AL SLEEP CUBE DEVILBISS			1
MASCHERA ORO NASALE VENTILATA MISURA 8 MEDISIZE			3 PER ANNO
FILTRO DI RICAMBIO PER IL VENTILATORE GRIGIO/ BIANCO			2 PERMESE
TUBO CORRUGATO CM 180			3 PER ANNO

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 14-03-07 dichiaro che non è convenientemente riparabile

b. se trattasi di fornitura che non ha 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)

se trattasi di minore di anni 18

- rinnovo dovuto ad esigenze correlate all'età evolutiva
- rinnovo non dovuto ad esigenza 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

Lettera c dell'art 2 del DM 332/99

- Istante in attesa di riconoscimento

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART. 2 LETTERA E DEL D.M. 332/99

A)

PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICVERO PUBBLICA

AZIENDA USL N. 8 DI CAGLIARI

PRESIDIO OSPEDALIERO SS TRINITA UNITA OPERATIVA DI PNEUMOLOGIA

B)

PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICVERO ACCREDITATA

AZIENDA USL N. _____ DI _____

PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità Operativa e necessita con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo.

Data 14-07-2014

Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera

DOTT.SSA MARIA ANTONIETTA TRONCI

Note: PRESCRIZIONE, VALIDA PER 12 MESI

ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. DI PNEUMOLOGIA
RESPONSABILE
Dott. Cesare Severino

ASL Cagliari
P.O. SS. Trinità - Cagliari
S. C. DI PNEUMOLOGIA
RESPONSABILE
Dott. Cesare Severino



Spett.le
ASL N. 5 Oristano
Via G. Carducci, n. 35
09170 - Oristano

Monza, 30 luglio 2014

VS. RIF. Prot. N. PG/2014/5/829 del 30/07/2014
NS. RIF. VEN/SG/pc
Prot. 358/14 del 30/07/2014

Oggetto: Offerta per fornitura di Ventilatore Bilevel

OFFERTA ECONOMICA

La **SAPIO LIFE S.R.L.** con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Codice fiscale, numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Monza e Brianza 02006400960 – Agenzia delle Entrate – Uffici di Via Manin 25, Milano, già Registro Ditta R.E.A. n. 1330457 dal 9/3/90, P.I. 02006400960 – Tel. 039.83981 - Fax 039.2026143 – e-mail: sapiolife@sapio.it – in persona del Direttore Gare e Customer Care Sanità, tale nominato con procura speciale n. Repertorio 82298 raccolta 29359 del 31/07/2012 di repertorio del notaio Alberto Paleari del distretto notarile di Milano, Sig. Claudio Colombo, nato a Magenta (MI) il 3/5/1960 e domiciliato per la carica presso la sede legale, con la presente sottopone alla Vs. cortese attenzione la propria migliore offerta per quanto in oggetto.

CONDIZIONI DI FORNITURA:

Validità Offerta: 180 giorni dal termine di presentazione dell'offerta
Aliquota IVA: 4%
Tempi di consegna: 1 giorno lavorativo

Assicurazioni: la scrivente Sapio Life S.r.l. risponde:

- per la Responsabilità Civile per i danni arrecati a Terzi, sia nella persona che a cose, da fatto proprio e/o delle persone addette a causa di installazione scorretta o di fornitura di impianti o apparecchiature difettose sia per cure ospedaliere che per ospedalizzazione domiciliare. La garanzia è prestata per risarcimenti fino a concorrenza di €. 20.000.000,00.= (ventimilioni/00) per ogni sinistro;
- per la Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro fino a concorrenza di €. 20.000.000,00 (ventimilioni/00) per ogni sinistro con il limite di €. 3.000.000,00= (tremilioni/00) per ogni persona sinistrata;
- per la responsabilità civile per danni provocati a terzi dai prodotti smerciati, per risarcimenti fino a concorrenza di €. 20.000.000,00.= (ventimilioni/00) per sinistro.



CONDIZIONI ECONOMICHE

DESCRIZIONE	Prezzo	Costo Totale
N° 1 SL99400056 DV56SE Ventilatore Bilevel ST Z12030103 - 465819	1.058,20	1.058,20
N° 3 SL10903591 Maschere FF Ultra Mirage S	138,00	414,00
N° 24 SL10903490 Filtri ricambio macchina	2,50	60,00
n. 3 SL10130010 circuiti PVC 180	5,00	15,00
TOTALE		1.547,20
TOTALE CON IVA 4%		1.609,08

Si dichiara che i prezzi sopra esposti sono da intendersi franco destino e comprensivo di ogni e qualsiasi spesa, nessuna esclusa..



In fede di sottoscrizione Care Sanità
Claudio Colombo