

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



ASL Oristano

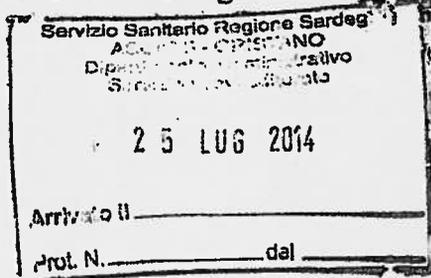
Foe
28/7/14
h

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

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

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



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 si sottoscrive
Il Direttore Generale e Presidente Care Sanità
Claudio Colombo