

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



Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
25 LUG 2014
Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. NP/2014/7916

Oristano, 21.07.2014

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

AL SERVIZIO PROVVEDITORATO

SEDE

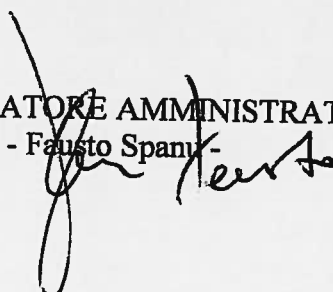
In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 49613 del 18.07.2014, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted], allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [redacted]

- N° 1 Ventilatore CPAP con SMART CARD, codice ISO 03.03.15;
- N° 1 Umidificatore;

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. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit 2337

Valutazione funzionale e abilità residue _____

Il pz. in Vent. Pos. con CPAP dal 2010
richiede di sostituire urgente del Vent. Pos. per

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare Questo pezzo -

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, Intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

Da usare durante il sonno
con presenza di Sauer HW.

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<i>Ventilatore CPAP con START CARD 601.4.01</i>			<i>1</i>
<i>Umidificatore</i>			<i>1</i>

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 al 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

14-07-16

Lo Specialista

Azienda A.S.L. n°5 - ORISTANO
Presidio Pneumologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

Note:

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

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

Prot. NP/2014/7996

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° del
Composto di n° 3 fogli

Fae 28/7/14
Oristano, li 23.07.2014

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
25 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

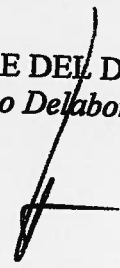
In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 50511 del 23.07.2014, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted]

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

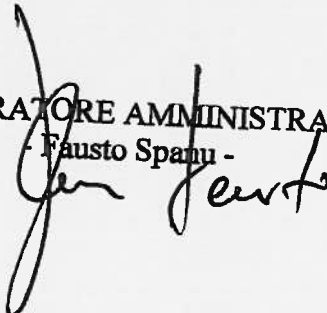
- Ventilatore polmonare CPAP con Smart Card, codice ISO 03.03.15;
- N° 1 umidificatore;
- N° 3 maschere facciale Ultra Mirage Resmed, mis. S;
- N° 3 tubi raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

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

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____

Valutazione del deficit _____ $\geq 83\%$

Valutazione funzionale e abilità residue _____ *Muscle Utro di respirazione*

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

Il uso del ventilatore è finalizzato a prevenire l'insorgenza di Sinf. durante il sonno e sui complessi metabolici e Cardiovascolari.

Tempi di impiego previsti _____

Se usare l'ossigeno il sonno con l'uso di Faccino.

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<i>Ventilatore CPAP con SMARTCAP Col. M. d.</i>			<i>1</i>
<i>Umidificatore</i>			<i>1</i>
<i>Riscaldatore facciale UltraKryde Resub. S</i>			<i>3</i>
<i>Tubo di ricambio Vent - ps</i>			<i>3</i>
<i>Filtro antipolline</i>			<i>12</i>

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

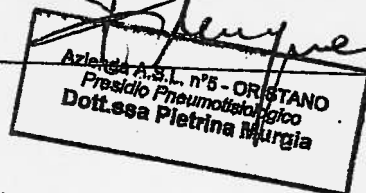
minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

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 Specialista



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

16-07-14

PROSPETTO AFFIDAMENTO FORNITURA

Ditta **VIVISOL**

punto	descrizione	quantità	CODICE	prezzo unitario	totale	PZ.
1	VENTILATORE CPAP BMC RESMART CON SD CARD	1	22483	190,00	190,00	
2	UMIDIFICATORE BMC	1	22289	35,00	35,00	
				TOTALE	225,00	
				I.V.A. 4%	9,00	
				TOTALE	€ 234,00	

punto	descrizione	quantità	CODICE	prezzo unitario	totale	PZ.
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 FULL FACE ULTRAMIRAGE CON WISPER MISURA S	3	20629	134,00	402,00	
4	CIRCUITO RESPIRATORIO	3	20767	5,00	15,00	
5	FILTRO MACCHINA	12	23846	1,30	15,60	
				tot.	657,60	
				I.V.A. 4%	26,30	
				TOTALE	683,90	