

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

Prot. NP/2014/7750

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

Foa
21/7/14
Oristano, li 16.07.2014

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
21 LUG 2014
Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. _____, prot. n° 48791 del 15.07.2014, 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, dell'assistito _____.

- Ventilatore polmonare AutoCPAP con Smart Card, codice ISO 03.03.15;
- N° 1 umidificatore;
- N° 3 maschere nasale Profile Lite mis. M-S con Wisper;
- N° 3 calottina supporto maschera;
- N° 3 tubi raccordo cm. 180;
- 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 7337
 Valutazione funzionale e abilità residue Normale vita di relazione
 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 finalizzato a prevenire l'insorgenza di
insuff. polmonare acuta. Il sono e sui complessive ventilatore e
 Tempi di impiego previsti: con l'uso di
de usura tutti le volte de - 18 cm H₂O.

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Ventilatore AUTOCAP -</u>	<u>001-11-01</u>		<u>1</u>
<u>con SMART CARD + Umidificatore</u>			<u>1</u>
<u>Protezione nasale profilata HiS con V-Spr</u>			<u>3</u>
<u>Calotte di supporto in silicone</u>			<u>3</u>
<u>Tubi di aspirazione</u>			<u>3</u>
<u>Falci cutipolveri</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

La m. è stata sostituita con AutoCAP Dream Star

con un netto miglioramento del pattern respiratorio cutaneo e dei valori dei fos enzimici

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. 10-07-2014

Lo Specialista

P. Murgia
Azienda A.S.L. n° 1 ORISTANO
Presidio Pneumofisiologico
Dott.ssa Pierina Murgia

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



Allegato n° 2 alla determinazione
 Serv. Provveditoria n° del
 Composto di n° 1 fogli

Sassari 08/07/2014
 No. RIF. AS/07-AM

SPETT.LE
 AZIENDA U.S.L. N. 5
 SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
 VIA CARDUCCI N. 35
 09170 - ORISTANO

OGGETTO: Preventivo di spese per la riparazione di un ventilatore AUTOCPAP Sandman
 S.N. MN45123ABT, 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:

€ 860,00 (Ottocentosestanta/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 specifichiamo 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 e mezzo B.B.

Distinti saluti

MEDAX s.r.l.

L'Amministratore

Antonio Muz



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

Sassari 31/07/2014
Ns. Rif. A31/07-GC

SPETT.LE
AZIENDA U.S.L. N. 5
SERVIZIO ACQUISTI
VIA CARDUCCI N. 35
09170 - ORISTANO

c.a. Sig.ra E. Faa

OGGETTO: Preventivo di spesa per la fornitura di accessori per ventilatore AUTOCPAP DREAM-STAR.
Rif. ns. offerta Prot. n. A8/07-AM del 08/07/2014.

Ad integrazione dell'offerta citata in oggetto Vi trasmettiamo preventivo per la fornitura di un kit accessori d'uso dedicati all'utilizzo dell'AUTOCPAP DREAM-STAR:

N. 03 Pz. Art. MAREPL18 - Maschera nasale Resprionics Profile Lite senza fori e con nucale misura M/S	Cad. € 82,00 + IVA
N. 03 Pz. Art. CIRUMONO - Circuito paziente Rusch monopaziente 180 cm.	Cad. € 9,00 "
N. 03 Pz. Art. VVREWHIS - Whisper Swivel II	Cad. € 22,00 "
N. 12 Pz. Art. 1644 - Filtro antipolvere	Cad. € 2,60 "

Condizioni di fornitura:

- IVA di legge Vs. carico;
- Validità dell'offerta: al 31/12/2014;
- Imballo, trasporto, consegna ns. carico;
- Tempi di consegna: 15 gg.;
- Pagamento: 60 gg. data ricezione fattura a mezzo B.B.

Distinti saluti

MEDAX s.r.l.

L'Amministratore

Attegiato n° 4 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° _____ del _____
 Composto di n° 2 fogli

PROSPETTO AFFIDAMENTO FORNITURA

Ditta **MEDAX**

punto	descrizione	quantità	CODICE	prezzo unitario	totale
1	VENTILATORE AUTOCAP DREAM STAR CON CARD DI MEMORIA E CON UMIDIFICATORE INTEGRATO	1	/	860,00	860,00
2	MASCHERA NASALE PROFILE LITE RESPIRONICS SENZA FORI MISURA M/S, con nuciale	3	MAREPL18	82,00	246,00
3	WHISPER SWIVEL 11	3	WREWHIS	22,00	66,00
4	CIRCUITO RESPIRATORIO RUSCH MONOPAZIENTE 180 CM.	3	CIRUMONO	9,00	27,00
5	FILTRO ANTIPOLVERE	12	1644	2,60	31,20
				tot.	1230,20
				I.V.A. 4%	49,21
				TOTALE	1279,41