



ASL Oristano

Servizio per la gestione delle
attività amministrative
23 DIC 2014
Arrivato il _____ del _____

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. NP/2014/13843

Oristano, 19.12.2014

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° 83541 del 19.12.2014, 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;
- N° 3 maschere Full face Ultra Mirage, Mis. M ventilata;
- N° 3 tubi raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

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 _____ dichiarato 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.

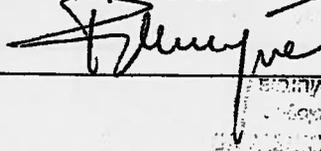
- invalido già riconosciuto** (Invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità 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

01-15-12-2014

Lo Specialista



Dr. PIETRA MURRO
Pneumologia
Cattedra di Pneumologia
P.O. S. L. N. 5 - CUNEO

Note:

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

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

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
Valutazione del deficit 733f
Valutazione funzionale e abilità residue Normale Utz N' relasare e profemiale

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
Obuso del vent. motore funzionante e presenza di usura del
usuff. di supporto durante il sonno e serie complessive unitarie e controllate
Tempi di impiego previsti:
Da usare durante il sonno con frequenza N 13 con H2O

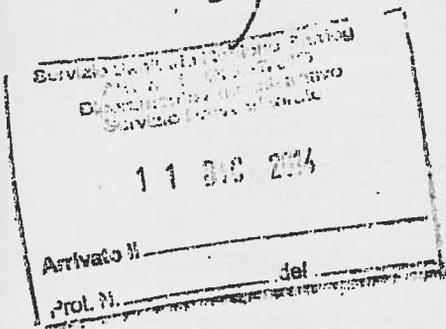
PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Ventilatore CPAP con START CAR</u>	<u>601-11-01</u>		<u>1</u>
<u>+ Umidificatore</u>			<u>1</u>
<u>Maschera full face Ultra Mirage Resmed H Ventilatore</u>			<u>3</u>
<u>Tubi accordo per - Ventilatore</u>			<u>3</u>
<u>Altri aus. polvere</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 M 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

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



Allegato n° 2
Data F. Serv. Oristano 11/05/14
Comparto n. 3
F. ore
M. M. M.
M.



DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. NP/2014/13275

Oristano, 05.12.2014

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° 80282 del 05.12.2014, 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;
- N° 3 maschere Full face non ventilate Weinmann con Wisper-Swivel, Mis. L;
- N° 3 tubi raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio DeIabona -

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 _____ > 33%
Valutazione funzionale e abilità residue _____

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare Uso del Ventilatore
è giudicato e prevenire l'insorgenza di Insuff. Resp. - Bronchi
il sono e sue complicanze metaboliche e cardiovascolari
Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

Tempi di impiego previsti

Da usare durante il sonno con frequenze di 11-12 litri

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
- Ventilatore CPAP con SMART CARDS	601-11.01		1
- Umidificatore			1
- Maschera full face con Vent. auto-ventilante			3
- Tubi di ricambio in-ventilatore			3
- Filtri anti-polvere			12

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

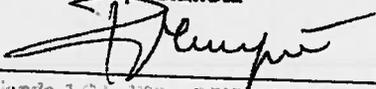
- invalido già riconosciuto** (Invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di 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

Dr - 05-12-2014

Lo Specialista


Azienda A.S.L. N°5 - ORISTANO
Fratello Anacleto Murgia
Donata Pierina 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

9
Prot. NP/2015/388

Allegato n° 3 alla richiesta prot. n° 2529 del 14.01.2015
Data Provvedimento 15/11/15
Competenza 3

Oristano, li 14.01.2015

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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° 2529 del 14.01.2015, 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 CPAP con Smart Card, con umidificatore codice ISO 03.03.15;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -

[Handwritten signature of Fausto Spanu]

Urgente

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME [redacted] COGNOME [redacted] ETÀ: [redacted]
 Nato a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
 Residente in [redacted] Via [redacted] N. [redacted]

Tel 0783 357169
338 3176787

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica Sda. Nelle Aree ostive H14 nel sen

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue Pa. in vent. Cornea dal 2011.

Si propone ricambio urgente del ventilatore

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare per questo si fa riferimento a un-

(vedi note prot. 2015/345 Infezioni Clinica).

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

Si fa notare che il paziente ventile da 3 anni

Tempi di impiego previsti Da usare con premura di 9 autori

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Ventilatore CPAP con SPAET</u>	<u>601-11-01</u>		<u>1</u>
<u>f. Umidificatore</u>			<u>1</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

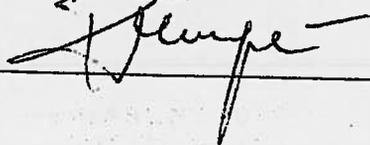
- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di 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

02-13-01-2015

Lo Specialista



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

PROSPETTO AFFIDAMENTO FORNITURA

Ditta **SAPIO LIFE**

Allegato n° 4 alla determinazione
 della Prefettura di
 del n°

punto	descrizione	quantità	CODICE DITTA	ANAGR. AZIEND.	prezzo unitario	totale	PZ.
1	VENTILATORE CPAP BMC RESMART CON SD CARD	1	22483		190,00	190,00	A.A.L.
2	UMIDIFICATORE BMC	1	22289		35,00	35,00	
3	MASCHERA FULL FACE ULTRAMIRAGE CON WISPER MISURA M	3	20629	1173890	134,00	402,00	
4	CIRCUITO RESPIRATORIO	3	20767	899321	5,00	15,00	
5	FILTRO MACCHINA	12	23846	1196647	5,00	60,00	
						TOTALE	702,00
						I.V.A. 4%	28,08
						TOTALE	730,08

punto	descrizione	quantità	CODICE DITTA	ANAGR. AZIEND.	prezzo unitario	totale	PZ.
1	VENTILATORE CPAP BMC RESMART CON SD CARD	1	22483		190,00	190,00	F.D
2	UMIDIFICATORE BMC	1	22289		35,00	35,00	
3	MASCHERA oro nasale "joyce full face con fori ,completa di accessori size large	3	23653	1218442	112,00	336,00	
4	CIRCUITO RESPIRATORIO	3	20767	899321	5,00	15,00	
5	FILTRO MACCHINA	12	23846	1196647	5,00	60,00	
						tot.	636,00
						I.V.A. 4%	25,44
						TOTALE	661,44

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



Centro Operativo di Cagliari
09032 ASSEMINI - Z.I. Macchiareddu
Tel. 070 247331 - Fax 070 2548199
e-mail : a.girau@vivisol.it

Spettabile
Azienda U.S.L. 5 Oristano
Servizio Provveditorato
c.a. sig.ra Faa

Vs rif. . mail Ns rif CSTVCA 001/15 Assemini 13/01/15

OGGETTO: Preventivo per fornitura maschere Full Face Weinmann, varie misure.

In riferimento alla Vs richiesta mail del 13/01/15, per la quale Vi ringraziamo, la Vivisol srl è lieta di confermarVi anche per l'anno 2015 le seguenti condizioni economiche per la fornitura delle maschere Full Face Weinmann con foro e cuffia:

<u>23651</u>	WM 26410	MASCHERA ORO-NASALE " JOYCE FULL FACE " CON FORI COMPLETA DI ACCESSORI SIZE SMALL	112,00
<u>23652</u>	WM 26420	MASCHERA ORO-NASALE " JOYCE FULL FACE " CON FORI COMPLETA DI ACCESSORI SIZE MEDIUM	112,00
<u>23653</u>	WM 26430	MASCHERA ORO-NASALE " JOYCE FULL FACE " CON FORI COMPLETA DI ACCESSORI SIZE LARGE	112,00

Condizioni d'offerta:

iva: a Vs carico nella misura di legge
validità: fino al 31/12/15
consegna: 15 gg d.r.o.
trasporto: compreso

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi chiarimento fosse necessario e con l'occasione
porgiamo distinti saluti.

Vivisol Srl