

S
Ho
x7/11/15
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5
ORISTANO

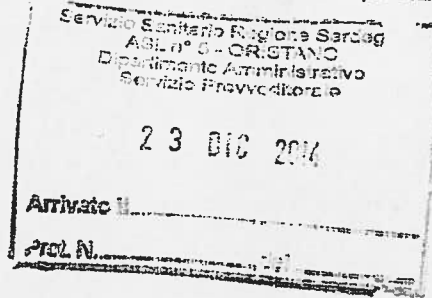
Prot. N° NP/2014/13549

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

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Oristano, li 12.12.2014

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.
D.P.C.M. 05/03/07, art. 6.



Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta della Sig.ra [redacted] prot. n° 81622 del 12.12.2014, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted] allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [redacted]

- Sostituzione integrale di esoprotesi, Codice ISO 21.45.18.003;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio DeIabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
- Fausto Spanu -

[Handwritten signature of Fausto Spanu]

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 DISABILITÀ 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 _____
NT

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Legittimazione espositiva inimpegnabile con CP-910 e CR 220 NERO		214518003	1

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 17/2/2015 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

Lettera c dell'art. 2 del D.M. 332/99

- istante in attesa di riconoscimento di invalidità

ata

12/1/2015

Azienda Ospedaliera "G. Brotzu"
U.O. OTORINOLARINGOIATRIA
DIPARTIMENTO MEDICO
Dott.ssa Sara DEMURU

Note:

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

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato n° _____ del _____
Comparto di n° 3 1991

Hear now. And always

Cochlear®

Spett.le ASL Oristano
provveditorato@aslristano.it

Bologna, 5 febbraio 2015

OGGETTO: Preventivo per Processore CP 900 configurazione retroauricolare
"Sostituzione integrale di esoprotesi" cod. 21.45.18.003-DPCM del 05/03/2007

Gent.le Sig.ra Rita Serra,

Con la presente siamo ad inoltrare il nostro preventivo per il Processore Modello CP900 compatibile
con Impianto Cocleare CI512, Freedom e CI422 di cui è portatore:

Codice	Descrizione	Prezzo Unitario (IVA 4% Esclusa)	Quantità	Codice DPCM
CN6-C3	Processore mod. CP 900 Completo di accessori funzionali alla protesi come da prescrizione medica attualmente disponibile nei colori: beige, marrone, nero, grigio.	€ 10.500,00	1	21.45.18.003

Tale configurazione comprende quanto segue:

- Processore retroauricolare (con vano da 2 batterie monouso)
- 1 bobina
- 2 magneti
- Assistente personale CR210
- Accessori vari

CONDIZIONI DI FORNITURA

IMBALLO: a nostro carico

TRASPORTO: a nostro carico a mezzo corriere espresso

IVA: 4%

VALIDITA' OFFERTA: 90gg

PAGAMENTO: all'ordine a mezzo bonifico bancario (si vedano dati bancari sotto riportati)

CONSEGNA: entro 10 gg lavorativi

GARANZIA: conforme alla garanzia internazionale offerta da Cochlear Ltd: per godere della
garanzia è **CONDIZIONE NECESSARIA** far pervenire a Cochlear Italia la scheda di registrazione del
prodotto debitamente compilata in ogni sua parte. Tale scheda è contenuta nel plico dei documenti
informativi consegnato con il processore.

Hear now. And always


Cochlear®

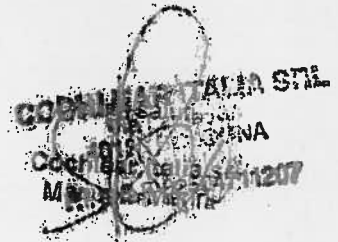
DATI BANCARI

Banca d'appoggio : HSBC Bank plc
Succursale di Milano—Piazzetta M. Bossi, 1—20121 Milano
IBAN: IT55 X030 2101 6000 0701 3675 020

Si dichiara che Cochlear Italia SRL è l'unica Società autorizzata in Italia alla distribuzione del prodotto soprariportato.

NOTE: Qualora l'acquisto avvenisse attraverso autorizzazione sanitaria come da DPCM del 05/03/2007 è necessario far pervenire a Cochlear Italia oltre dell'autorizzazione stessa il modulo allegato debitamente compilato a cura dell'Azienda Sanitaria ufficio competente che ha emesso l'autorizzazione. La mancanza di tale documento o l'incompletezza dei dati potrà comportare l'impossibilità o ritardi nell'esecuzione della pratica.

Rimaniamo a Sua disposizione per eventuali chiarimenti in merito



LISTA NUMERI DI REPERTORIO E CND DEI DISPOSITIVI IN SCHEDA TECNICA

CODICE FABBRICANTE	DESCRIZIONE	REPERTORIO D.M.	CND
7277519	Cochlear Nucleus CR210 Controller	929058/R	J0301

Legenda:
N.A.. NON APPLICABILE