

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

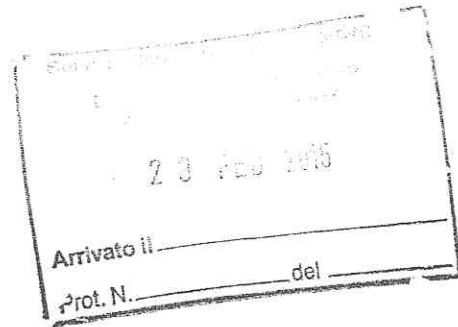
Prot. NP/2015/1939

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

Oristano, li 19.02.2015

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

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 del Sig. ~~_____~~, prot. n° 11768 del 19.02.2015, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "~~_____~~" allegato alla presente si trasmette la richiesta per la sostituzione dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito ~~_____~~

- Sostituzione Speech processor, codice ISO 21.45.92.112;

N.B.; il paziente ha in dotazione Microprocessore "Nucleus CP 800", prodotto e commercializzato esclusivamente dalla ditta Cochlear Italia srl;

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 grado elevato

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 _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
SPEECH PROCESSOR		21 45 92 110	01

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

ORISTANO 08/02/2015

ASL N° 5 ORISTANO
POLIAMBULATORIO - ORISTANO
OTORINOLARINGOIATRA
Dr. Carlo Bruno Roberto

Carlo Bruno Roberto

Note:

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

N.B. Si richiede preventivo del processore
per portare ASC di ORISTANO

Allegato n° 2 alla determinazione
 Cons. Provinciale n° _____ del _____
 Composto di n° 1 fogli

████████████████████
 ████████████████████
 ████████████████████

Bologna, 16 febbraio 2015

Gent.ma/mo ████████████████████

Con la presente siamo ad inoltrarle nostro preventivo di spesa come da prescrizione pervenuta.

CODICE ISO	DESCRIZIONE	PREZZO UNITARIO (IVA 4% ESCLUSA)	QUANTITA'
21.45.92.112	Freedom, Cp 810-910	€ 600,00	1

Totale € 600,00 IVA 4% esclusa

Codice a scelta tra quelli indicati nella lista allegata completa di codici CND e RDM.

CONDIZIONI DI FORNITURA

Sola fornitura o sostituzione senza intervento dell'operatore.

IMBALLO/TRASPORTO: a nostro carico a mezzo corriere espresso

CONSEGNA: entro 10 gg lavorativi

PAGAMENTO: all'ordine o secondo disposizioni di legge se autorizzato sal SSN

HSBC Bank plc

BAN: IT55 X030 2101 6000 0701 3675 020

IVA: come specificato in offerta

VALIDITA' OFFERTA: 120gg

GARANZIA: conforme alla garanzia internazionale offerta da Cochlear Ltd.

Si dichiara che Cochlear Italia SRL distribuisce i presidi sopra elencati (ad esclusione delle Batterie codice B13033 , codice FEZ00118 e FEZ00119) in esclusiva sul territorio italiano sia direttamente che attraverso la sua rete di concessionari.

Rimaniamo a Sua disposizione per eventuali chiarimenti in merito.

Distinti saluti.

Cochlear Italia srl
 Francesca Deserti

COCHLEAR ITALIA SRL
 Via Larga, 33
 40138 BOLOGNA
 ITALIA
 P.I. e C.F. 02504711207