

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

E Foa
3/4/15
h

Prot. N° NP/2015/4004

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

Oristano, li 08.04.2015

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 della Sig.ra [redacted] prot. n° 21300 del 02.04.2015, 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 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

NOOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
 Nato a _____ il _____ C.F. _____
 Residente in _____ Via _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica PORTATRICE DI IMPIANTO COCLEARE A S.N.

/alutazione del deficit gradi elevati

/alutazione funzionale e abilità residue _____

/alutazione 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
<u>SOSTITUZIONE INTEGRALE DI</u> <u>ESOPOTESI</u>		<u>21.45.18.003</u>	<u>01</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

OR 18-02-15

Lo Specialista
ASL N°5 - ORISTANO
POLIAMBULATORIO - ORISTANO
OTORINOLARINGOIATRA
Dr. Carla Bruno Roberto

Carla Bruno Roberto

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

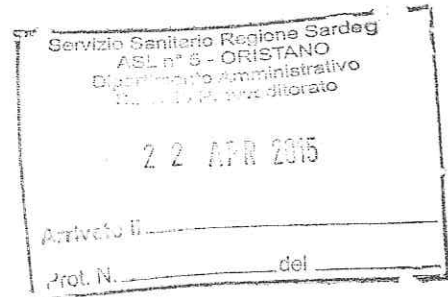
Prot. NP/2015/4516

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato del
Composto di n° 4 fogli

Fca
21/4/15
Oristano, li 21.04.2015

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 Provveditorato

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [REDACTED], prot. n° 25650 del 21.04.2015, 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 SANITARIO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- 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 DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
 Valutazione del deficit _____ *superiore al 33%* _____
 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:

Totale

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<i>SOSTITUZIONE INTEGRALE</i>		<i>2145.1800.3</i>	<i>01</i>
<i>ESOPROTESI</i>			
<i>1 AURICOLA RE SU M. S.</i>		<i>214500106</i>	<i>01</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

(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

15-04-15

POLIAMBULATORIO Specialista
OTORINOLARINGOIATRICO - ORIGIANO
Dott. Donati Gianfranco

Note:

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

U.O. AUDIOLOGIA
Centro impianti cocleari e protesi impiantabili
Direttore Prof. A. Pastore

Ferrara, 13/08/15

Spett. Azienda USL
Competente per territorio di residenza dell'assistito:

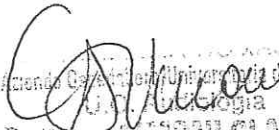
[REDACTED]

Si certifica che il paziente [REDACTED] è affetto da [REDACTED]
[REDACTED] e deficit comunicativo verbale. Il paziente è stato sottoposto presso il ns. Centro ad intervento di impianto cocleare Cochlear Freedom destro nel 2009 con beneficio.

Si richiede la sostituzione integrale del processore Freedom in uso con il modello retroauricolare **N6 (CP910)** di nuova concezione compatibile con il dispositivo impiantato (**cod. 21.45.18.003 x 1**) per assicurare al paziente la corretta funzionalità dell'esopotesi e l'accesso a nuove potenzialità tecniche.

In particolare le caratteristiche migliorative nel processamento del segnale in ambienti acusticamente complessi quali la scuola ed il controllo remoto disponibili nel nuovo modello sono ritenuti indispensabili a consentire alla famiglia ed al paziente il migliore controllo di uso e funzionalità del dispositivo.

Seguirà collaudo del materiale prescritto.


Centro Ospedaliero Universitario di Ferrara
U.O. Audiologia
Dot.ssa Rosoni CLAUDIA
C.F. NNA 010 57A42 0000C

LA FORNITURA DEVE ESSERE AUTORIZZATA E FATTURATA ALLA COCHLEAR ITALIA FORNITRICE DEI SEGUENTI PRODOTTI DI CUI LA LABAT 2000 E' L'UNICA DISTRIBUTRICE UFFICIALE PER TUTTO IL TERRITORIO REGIONALE

Preventivo n° 18
data 30/04/15Spett.le ASL N° 5 ORISTANO
Off. Assistenza Integrativa e Protesica

Si invia il preventivo per la sostituzione integrale di esopotesi per il paziente XXXXXXXXXX
portatore di impianto cocleare COCHLEAR

Codice	Descrizione	cod.DPCM	Q.tà	Prezzo unitario	Totale IVA 4% esclusa
CN6-C3	Processore mod. CP 910 completo di accessori funzionali alla protesi come da prescrizione medica	21.45.18.003	1	€ 10.500,00	€ 10.500,00

Tale configurazione comprende quanto segue:

- Processore retroauricolare (con vano da 2 batterie monouso)
- 1 Bobina
- 2 Magneti
- Accessori vari

Disponibile nei colori: beige, marrone, nero, argento.

Totale € 10.500,00
(IVA 4% esclusa)**TOTALE IVA 4% INCLUSA (DIECIMILANOVECENTOVENTI/00)****€ 10.920,00****CONDIZIONI DI FORNITURA**

FABBRICAZIONE: a carico della COCHLEAR ITALIA S.r.l.

TRASPORTO: a a carico della COCHLEAR ITALIA S.r.l. a mezzo corriere espresso

CONSEGNA: entro 10 gg lavorativi dall'ordine

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

TASSO IVA 4%

VALIDITÀ OFFERTA: 90gg

per Cochlear Italia srl
LABAT 2000 srl
Concessionario autorizzato

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.

Cochlear Italia S.r.l. IBAN: IT93L0200802486000030039176

LA FORNITURA DEVE ESSERE AUTORIZZATA E FATTURATA ALLA COCHLEAR ITALIA FORNITRICE DEI SEGUENTI PRODOTTI DI CUI LA LABAT 2000 E' L'UNICA DISTRIBUTRICE UFFICIALE PER TUTTO IL TERRITORIO REGIONALE

Preventivo n° 19
data 30/04/15

Spett.le ASL N° 5 ORISTANO
Uff. Assistenza Integrativa e Protesica

Si invia il preventivo per la sostituzione integrale di esoprotesi per il paziente 
portatore di impianto cocleare COCHLEAR

Codice	Descrizione	cod.DPCM	Q.tà	Prezzo unitario	Totale IVA 4% esclusa
CN6-C3	Processore mod. CP 910 completo di accessori funzionali alla protesi come da prescrizione medica	21.45.18.003	1	€ 10.500,00	€ 10.500,00

Tale configurazione comprende quanto segue:

- Processore retroauricolare (con vano da 2 batterie monouso)
- 1 Bobina
- 2 Magneti
- Accessori vari

Disponibile nei colori: beige, marrone, nero, argento.

Totale € 10.500,00
(IVA4% esclusa)

TOTALE IVA 4% INCLUSA (DIECIMILANOVECENTOVENTI/00)

€ 10.920,00

CONDIZIONI DI FORNITURA

IMBALLO: a carico della COCHLEAR ITALIA S.r.l.

TRASPORTO: a a carico della COCHLEAR ITALIA S.r.l. a mezzo corriere espresso

CONSEGNA: entro 10 gg lavorativi dall'ordine

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

IVA 4%

VALIDITA' OFFERTA: 90gg

per Cochlear Italia srl
LABAT 2000 srl
Concessionario autorizzato

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.

Cochlear Italia S.r.l. IBAN: IT93L0200802486000030039176