

**DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO**  
**UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA**

Foro 14/5/15  
h

Prot. NP/2015/5425

Oristano, 12.05.2015

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

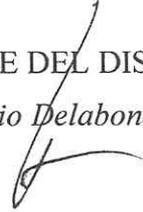
AL SERVIZIO PROVVEDITORATO

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 30758 del 12.05.2015, 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]

- N° 1 Ventilatore CPAP con SMART CARD, codice ISO 03.03.15;
- N° 1 Umidificatore;
- N° 3 maschere nasali Profile Lite ventilate, Mis. M;
- N° 3 calottine supporto maschere;
- N° 3 tubi raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO  
- 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 \_\_\_\_\_ > 33%  
 Valutazione funzionale e abilità residue \_\_\_\_\_ Normale oltre 50 reazioni

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 è previsto a prevenire l'insorgenza di Bronchiti  
 Respiratore durante il sonno e sue componenti unidirezionale  
 Tempi di impiego previsti controllati  
 Da usare durante il sonno con consumo di 10,8 litri.

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Ventilatore CPAP con SMART CARA			1
Umidificatore			1
Maschera nasale profile bite M Ventilatore			3
Colonnine sup. - maschere			3
Tubi di ricordo 1/2 - Ventilatore 180cm.			3
Filt. antipolvere			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

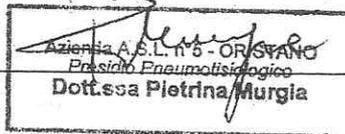
- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto** per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità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

*Oristano 21-04-2015*

Lo Specialista



### Note:

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

Allegato n° 2 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 3 fogli

Foa 22/5/15



ASL Oristano

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
ASL n° 5 - ORISTANO  
Dipartimento Amministrativo  
Servizio Provveditorato

21 MAG 2015

Arrivato il \_\_\_\_\_  
Prot. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO**  
**UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA**

Prot. NP/2015/5732

Oristano, 19.05.2015

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. \_\_\_\_\_, prot. n° 32663 del 19.05.2015, 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 \_\_\_\_\_

- N° 1 Ventilatore CPAP con SMART CARD, codice ISO 03.03.15;
- N° 1 Umidificatore;
- N° 3 maschere full-face Ultra Mirage Mis. M ventilate;
- N° 3 tubi raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

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 [redacted]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [redacted]

Valutazione del deficit > 33%

Valutazione funzionale e abilità residue Normale Vite N. relazioni

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 è finalizzato a prevenire l'insorgenza di insuff. respir. durante il sonno e sue complicanze metaboliche e cardiovascolari

Tempi di impiego previsti -  
Da usare durante il sonno con presenza di 11,5 au tto

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Ventilatore CPAP con START CARD G01-M.01			1
Umidificatore			1
Maschera full face Ultra Toraj H Ventilatore			3
Tubi N. accessori per Ventilatore			3
Filtri anti-polline			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

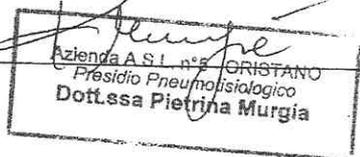
minore di anni 18, per prevenzione, cura e riabilitazione di una menomazione e/o disabilità permanente

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

Lo Specialista



Note:

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

# MEDAX s.r.l.

07100 SASSARI - VIA ROSSELLI N. 4/A  
Tel. n. 079/2111504 - Fax n. 079/216876  
E-mail: medaxsardegna@fiscali.it  
C.C.I.A.A. SS - R.E.A n. 141498  
P. IVA n. 02006260901

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

Sassari 28/05/2015  
Ns. Rif. B28/05-EB

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

Alla c.a. Eleonora Faa

OGGETTO: Preventivo.

Sottoponiamo alla Vs. cortese attenzione ns. offerta per la fornitura del materiale di seguito elencato.

Codice	Descrizione	Prezzo Unitario	IVA%	CND	RDM
9RN260	Maschera nasale orig. Respironics, mod. Profile Lite, mis. P, completa di whisper (dispersore CO2) e di calottina di supporto	€ 86,00	4	R03010105	46597
9RN212	Maschera nasale orig. Respironics, mod. Profile Lite, mis. S, completa di whisper (dispersore CO2) e di calottina di supporto	€ 86,00	4	R03010105	46446
9RN261	Maschera nasale orig. Respironics, mod. Profile Lite, mis. M-S, completa di whisper (dispersore CO2) e di calottina di supporto	€ 86,00	4	R03010105	46572
9RN262	Maschera nasale orig. Respironics, mod. Profile Lite, mis. M, completa di whisper (dispersore CO2) e di calottina di supporto	€ 86,00	4	R03010105	46586
9RN263	Maschera nasale orig. Respironics, mod. Profile Lite, mis. M-W, completa di whisper (dispersore CO2) e di calottina di supporto	€ 86,00	4	R03010105	46609
9RN264	Maschera nasale orig. Respironics, mod. Profile Lite, mis. L, completa di whisper (dispersore CO2) e di calottina di supporto	€ 86,00	4	R03010105	46623
9RN265	Maschera nasale orig. Respironics, mod. Profile Lite, mis. L-N, completa di whisper (dispersore CO2) e di calottina di supporto	€ 86,00	4	R03010105	46664

Condizioni di fornitura:

- IVA 4% Vs. carico;
- Validità dell'offerta: al 30/06/2015;
- Tempi di consegna: 6 gg.;
- Imballo, trasporto e consegna ns. carico;
- Pagamento a mezzo Bonifico Bancario entro 60 gg. dalla data di ricezione della fattura.

Distinti saluti

MEDAX s.r.l.

*Elisabetta Bona*

Prospetto affidamento fornitura n° 2 ventilatori Cpap  
 completi di consumabili per il primo utilizzo.

Ditta **MEDAX**

punto	descrizione	cod. prodotto	anagr. Areas	QUANTITA'	prezzo unitario	totale	pz.
1	VENTILATORE PRESSOMETRICO CPAP FISSA MODELLO DREAM STAR INFO orig. SEFAM, con card di memoria e con umidificatore attivo regolabile integrato	M-115521-00	1135817	1	300,00	300,00	P.L.
2	MASCHERA FULL FACE ULTRA MIRAGE , VENTILATA MISURA M	9RM011	1173890	3	40,00	120,00	
3	RACCORDO PER VENTILATORE	CIRUMONO 191212-001800	899321	3	8,00	24,00	
4	FILTRO ANTIPOLVERE	M-414840-06	1220277	12	1,50	18,00	
					TOT.	462,00	
						i.v.a. 4%	18,48
						<b>480,48</b>	

TOT. I.V.A. COMPRESA

punto	descrizione	cod. prodotto	anagr. Areas	QUANTITA'	prezzo unitario	totale	pz.
1	VENTILATORE PRESSOMETRICO CPAP FISSA MODELLO DREAM STAR INFO orig. SEFAM, con card di memoria e con umidificatore attivo regolabile integrato	M-115521-00	1135817	1	300,00	300,00	C.G
2	MASCHERA NASALE PROFILE LITE VENTILATA MISURA M	9RN262	1225505	3	86,00	258,00	
3	RACCORDO PER VENTILATORE	CIRUMONO 191212-001800	899321	3	8,00	24,00	
4	FILTRO ANTIPOLVERE	M-414840-06	1220277	12	1,50	18,00	
					TOT.	600,00	
						i.v.a. 4%	24,00
						<b>624,00</b>	

TOT. I.V.A. COMPRESA