

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 prescritto a prevenire l'insorgenza di Bronchiti
 Respiratore durante il sonno e sue componenti unidirezionale
 Tempi di impiego previsti 10,8 ore al giorno
 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 ricambio per Ventilatore 180cm. | | | 3 |
| Filtro 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

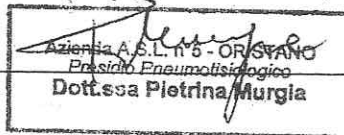
- invalido già riconosciuto** (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
 invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica **non correlata** alla invalidità riconosciuta
 trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di 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 M.5 con titolo

PRESIDI PROPOSTI

| DESCRIZIONE PRESIDIO | Codice Tariffario | Codice ISO | Quantità |
|--|-------------------|------------|----------|
| Ventilatore CPAP con START CAPS G01-M.01 | | | 1 |
| Umidificatore | | | 1 |
| Maschera full face Ultra Toraj H Ventilatore | | | 3 |
| Tubi N. eccedenti 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

Pietrina Murgia
Azienda A.S.L. n° 2 ORISTANO
Presidio Pneumofisiologico
Dot.ssa Pietrina Murgia

16-05-2015

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 Bania

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 | |
| TOT. I.V.A. COMPRESA | | | | | | 480,48 | |

| 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 | |
| TOT. I.V.A. COMPRESA | | | | | | 624,00 | |