

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME [scritto] COGNOME [scritto] ETÀ: [scritto]
 Nato a [scritto] il [scritto] C.F. _____
 Residente in [scritto] Via [scritto] N. [scritto] Tel [scritto]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [scritto]
 Valutazione del deficit _____
 Valutazione funzionale e abilità residue [scritto]
Si richiede un nuovo Ventilatore per chi potrebbe usare una mano e guardabile.
 Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare [scritto]
e per questo farsi prescrivere (CPAP INFO VHC) -

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

Tempi di impiego previsti

Se usate durante la ore di sonno con frequenza di 10 ore al giorno

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
CPAP DREAM STAR con SMART	601-11-01		1
Unidifensore			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 _____ 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

Dr. 16-07-2015

Lo Specialista

Azienda A.S.L. N°5 - ORISTANO

Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

Azienda A.S.L. N°5 - ORISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

Note:

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

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



20014



40272456425



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

~~CODICE FISCALE~~

(N)

NON ESENTE

CODICE ESENZIONE

(R)

REDDITO

(vedi avvertenze sul roverso)

FIRMA AUTOCERTIFICANTE

OR 2015

SIGLA PROVINCIA CODICE ASI

PRESCRIZIONE

Ventilatore CPAP DREAM STAR con
SMART CARD.
Venduto

(Barrare se non utilizzate)

NOTE

NOTE

SUGG. RICOV. ALT. U. B. D. P. PRIORITA' DELLA PRESTAZIONE

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI

TIPO DI RICETTA

160715
DATA

Azienda A.S.L. N°5 - ORISTANO
Presidio Pneumologico
Dott.ssa Pietrina Murgia
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

CODICE NUMERO

NUMERO PROGRESSIVO IMPORTI

2 cartine

28/07/15

[Signature]

Foa
29/7/15
[Signature]

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
 Nato a _____ il _____ C.F. _____
 Residente in _____ u _____ u _____ Via _____ N. _____
 Tel _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
 Valutazione del deficit _____
 Valutazione funzionale e abilità residue Perfezione Ventilazione CPAP del
2010 - Richiesta di un nuovo modello Ventilatore
per questo tecnico - (Il p- n è adattato all'uso
 Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare di un Ventilatore CPAP SMART
INFO HC attualmente fuori produzione)

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

Tempi di impiego previsti: Da usare durante la notte con
con Paramore di controllo

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Ventilatore CPAP DreamStar 601-1101			1
con SMART CARD +			1
Unidifensore			

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 16-07-2015

Lo Specialista

azienda A.S.L. n°5 - ORISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

Note:

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

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)
INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

CODICE FISCALE

NON ESENTE (N) CODICE ESENZIONE (C07) REDDITO (R) FIRMA AUTOCERTIFICANTE

SIGLA PROVINCIA (OR) CODICE ASL (105)

PRESCRIZIONE
Ventilatore CPAP DREAM STAR
con smart card
Unipreston

NOTE
SUGG. (S) RICOV. (H) ALTRC ()
U () B () D () P ()
PRIORITY DELLA PRESTAZIONE

Azienda A.S. N° 1 CRISTIANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia
TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

NUMERO CONFEZIONI / PRESTAZIONI () TIPO DI RICETTA () DATA (160715)
CODICE NUMERO (multiple boxes for codes and numbers)

DATA SPEDIZIONE / TIMBRO STRUTTURA EROGANTE (160715)
NUMERO PROGRESSIVO () IMPORTI () TICKET () CALER. DIR. CHM ALTRC ()

20 autunno
28/07/15

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME [scritto] COGNOME [scritto] ETÀ: [scritto]
 Nato a [scritto] il [scritto] C.F. [scritto]
 Residente in [scritto] Via [scritto] N. [scritto]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [scritto]
 Valutazione del deficit 733%
 Valutazione funzionale e abilità residue Abilità motorie, intellettive e ambientali

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 Vent. Rotore e fornitura di accessori e manutenzione di emergenza
durante il sonno e sui complessi metabolici e cardiovascolari
 Tempi di impiego previsti Da usare durante il sonno con presenza di
12 centri.

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Vent. Rotore CPAP con START CARD 60l. M. 2l			1
Umidificatore			1
Respiratore nasale Vent. Rotore M. 2l			3
Calotte N supporto nasale			3
Tubi di aspirazione per Vent. Rotore			3
Filtri autopulenti			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

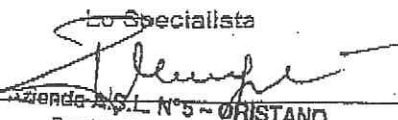
Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

- 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

De Rosa 21-07-2015

Lo Specialista

Azienda A.S.L. N°5 - ORISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

Note:

La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione del presidio su ricettario SSN

COGNOME E NOME DELL'ASSISTITO (O INIZIALI OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)

INDIRIZZO (OVE PRESCRITTO DALLA LEGGE)



20014



40272456458



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



CODICE FISCALE

<input type="checkbox"/> N NON ESENTE	<input type="checkbox"/> CODICE ESEZIONE	<input type="checkbox"/> R REDDITO	(Vedi avvertenze sul retro) FIRMA AUTOCERTIFICANTE	02105 SIGLA PROVINCIA CODICE ASL	<input type="checkbox"/>
------------------------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

PRESCRIZIONE

Ventilatore CPAP con SMART CARD.
 Unusofrestore
 Maretoto conale profole lite H Ventilatore
 Tubi eccorato Ventilatore - ps - con collane
 Filtri antipollve.

(Barrare se non utilizzato)

<input type="checkbox"/> S SUGG.	<input type="checkbox"/> H RICOV.
<input type="checkbox"/> U PRIORITY DELLA PRESI	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> D

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	200715 DATA
--------------------------	--------------------------	----------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	CODICE NUMERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	CODICE NUMERO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CODICE NUMERO	CODICE NUMERO	CODICE NUMERO

Azienda A.S.L. N° 7 ORISTANO
 Presidio neuropsiologico
 Dott. ssa Pietrina Murgia

20 outgma
 28/07/15

Foo
 29/7/15
 R

Prospetto affidamento fornitura n° 3 ventilatori Cpap

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	M.C.
						i.v.a. 4% 12,00	
						TOT. I.V.A. COMPRESA 312,00	

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	S. A.M.
						i.v.a. 4% 12,00	
						TOT. I.V.A. COMPRESA 312,00	

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	T.V.
2	MASCHERA NASALE PROFILE LITE VENTILATA MISURA M	9RN262	1225505	1	86,00	86,00	
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. 428,00	
						i.v.a. 4% 17,12	
						TOT. I.V.A. COMPRESA 445,12	