

ALLEGATO 1 A

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
 Modello di Prescrizione Specialistica
 * Dimissione Ospedaliera

ASSISTITO

NOME [Scribble] COGNOME [Scribble] ETÀ: _____

Nato a [Scribble] il [Scribble] C.F. _____

Residente in [Scribble] Via [Scribble] N° _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [Scribble]

Valutazione del deficit Aspro pneumo - Bronchi nonia - cistite

Valutazione funzionale e abilità residue de fibrillazione elettrica, ipertensione
 diabete - obesità

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
CPAP notturne

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
CPAP / fun. con polid. [Scribble]	601104	030315	1
[Scribble]			

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASL n° 7 Carbonia

U.O. PNEUMOLOGIA -IGLESIAS
Ambulatorio disturbi respiratori del sonno
Primario Dott. Pietro Greco
Tel 0781/3922820

Prot.n. 568/15

Data: 17 LUG 2015

Oggetto: richiesta materiale di consumo anno 2015
CPAP sig. ~~XXXXXXXXXX~~

Al sig. Resp. Servizio Medicina di base

Al sig. Resp Servizio Assistenza Farmaceutica

Il sig. ~~XXXXXXXXXX~~ nato a ~~XXXXXXXXXX~~ il ~~XXXXXXXXXX~~ ed ~~XXXXXXXXXX~~ residente in via ~~XXXXXXXXXX~~ (~~XXXXXXXXXX~~) e' stato riconosciuto affetto dalla ~~XXXXXXXXXX~~ ~~XXXXXXXXXX~~ con ~~XXXXXXXXXX~~ percio' gli viene prescritta una CPAP (pressione positiva continua ; tale apparecchio necessita del seguente materiale di consumo annuale:

1. n° 3 circuiti cm 180
2. n°3 maschereoro nasali Ultra Mirage RESMAD mis M con valvola espiratoria
3. n°3 reggimaschera
4. 12 filtri macchina
5. N° 2 camere di umidificazione dedicate

Iglesias 17/07/2015

Il medico
SERVIZIO AMBITORIO - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA USL n° 7 - CARBONIA
Battistina Farris
U.O. di PNEUMOLOGIA
AMBULATORIO
Dott.ssa Battistina Farris

Prospetto affidamento fornitura ventilatore CPAP completo di consumabili per il primo utilizzo

Ditta **MEDAX**

punto	descrizione	cod. prodotto	anagr. Areas	QUANTITA'	prezzo unitario	totale
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
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