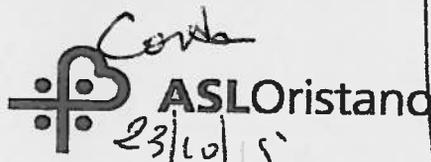


Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 6 fogli.



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

23 OTT 2015

Arrivato il _____
Prot. N. _____ del _____

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. NP/2015/11415

Oristano, 22.10.2015

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

AL SERVIZIO PROVVEDITORATO

SEDE

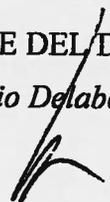
In riferimento alla richiesta del Sig. , prot. n° 64147 del 22.10.2015, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "Sdr delle apnee ostruttive nel sonno", allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito S.S.

- N° 1 Ventilatore polmonare BeLife 40, codice ISO 03.03.15;
- N° 2 Maschere full face Wizord;

Distinti saluti.

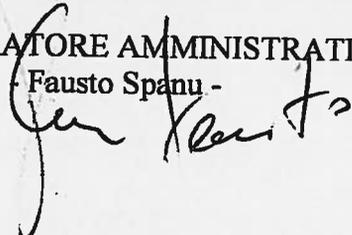
IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- 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

NOME _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
 Nato a _____ II _____ C.F. _____
 Residente in _____ Via _____ N. 16

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica OSTA - in fase vestibolare acustica
 Valutazione del deficit con vestibolare bilaterale ed acustica
 Valutazione funzionale e abilità residue essendo peggiorato il primo clivo-
 fumero, non permette un buon controllo
 delle attività esterne e della autonomia uditiva.
 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:

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Bupap Belife 40 (Vestibolare)	601.11.01		1
Mosevere full face Wizard Fit Mod 1204A (668042)			2

qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del
 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

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

PG/2015/ 64147

DEL 22.10.2015

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA

Pr. N. 22 OTT 2015 SERVIZIO MEDICO INFANTILE UFFICIO PROTESI

Spett.le Azienda ASL N. 5 di ORISTANO Ufficio Assistenza Protesica e Integrativa

IL SOTTOSCRITTO:

- TITOLARE CONIUGE GENITORE PARENTE FINO AL TERZO GRADO TUTORE

COGNOME [redacted] NOME [redacted] ETA' 62

DICHIARA

Di essere nato a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

Residente in [redacted] Via [redacted] tel. [redacted]

CHIEDE per:

COGNOME [redacted] NOME [redacted]

nato a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

Residente in [redacted] Via [redacted] tel. [redacted]

Di poter usufruire della fornitura di [redacted] DOMICILIARE

Di cui all'allegata prescrizione specialistica

ALLEGA

- Copia del verbale di Visita della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile.
Copia domanda invalidità civile inoltrata all'INPS (con relativo certificato medico allegato).
Certificazione medica specialistica attestante la patologia con valutazione della disabilità e programma Riabilitativo come da ALLEGATO 1 ALLEGATO 1A ALLEGATO 1B
Prescrizione da parte dello specialista su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa Sanitaria prevista dall'art. 50 della L. 326/03.
Copia del documento di identità dell'assistito Copia Tessera Sanitaria dell'assistito

data 22/10/2015 Firma dell'assistito (o di chi ne fa le veci) [redacted]

sottoscritto SATTA Luciana assistito o persona autorizzata per il ritiro della documentazione sanitaria preventivamente ammonito sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76 PR 445/2000) ed essendo stato informato di quanto enunciato all'art. 10 della L. 675/96 acconsente al trattamento dei propri dati personali esclusivamente per motivi sanitari.

IT. N° 4523/19 Firma [redacted]

S
Cava
23/10/15
D



Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 5 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
23 OTT 2015
Arrivato il _____ del N. _____ del _____

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Prot. NP/2015/11423

Oristano, 22.10.2015

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° 64207 del 22.10.2015, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "Sdr delle apnee ostruttive nel sonno", allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, a integrazione della precedente richiesta così come specificato in oggetto, dell'assistito V.G.

- N° 1 umidificatore per ventilatore CPAP "SLEEP STYLE 200";

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
Fausto Spanu -
[Signature]

Servizio Sanitario - Regione Sardegna

Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME _____ COGNOME _____
Nato a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____ OSAS

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue _____
P. in trattamento dal 2010

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 _____

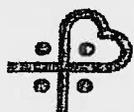
PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
Umidificatore per Ventilatore CPAP SLEEP STYLE 200			1

Se il presidio non sia espressamente contemplato nel NT e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del D.L. 332/99 per omogeneità funzionale, apporre la dicitura "riconducibile per omogeneità funzionale"

In caso di fornitura successiva alla prima indicare:

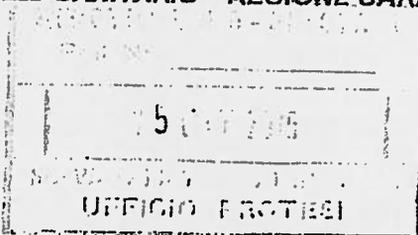
- a. se trattasi di fornitura che ha superato i tempi minimi di rinnovo ed è guasto rotto usurato
data dell'ultima fornitura _____ dichiaro che non è convenientemente riparabile



PG/2015/ 64204

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA

DEL 22-10-2015



Spett.le Azienda ASL N. 5 di ORISTANO Ufficio Assistenza Protesica e Integrativa

IL SOTTOSCRITTO:

- TITOLARE
- CONIUGE
- GENITORE
- PARENTE FINO AL TERZO GRADO
- TUTORE

COGNOME [redacted] NOME [redacted] ETA' _____

DICHIARA

Di essere nato a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
 Residente in [redacted] Via [redacted] N° [redacted] tel. [redacted]

CHIEDE per:

COGNOME [redacted] NOME _____
 nato a _____ il _____ C.F. _____
 Residente in _____ Via _____ N° _____ tel. _____

Di poter usufruire della fornitura di _____

Di cui all'allegata prescrizione specialistica

ALLEGATA

- Copia del verbale di Visita della Commissione Medica per l'accertamento dell'invalidità civile.
- Copia domanda invalidità civile inoltrata all'INPS (con relativo certificato medico allegato).
- Certificazione medica specialistica attestante la patologia con valutazione della disabilità e programma

Riabilitativo come da ALLEGATO 1 ALLEGATO 1A ALLEGATO 1B

Prescrizione da parte dello specialista su ricetta SSN a lettura ottica ai fini del monitoraggio della spesa Sanitaria prevista dall'art. 50 della L. 326/03.

Copia del documento di identità dell'assistito Copia Tessera Sanitaria dell'assistito

ata _____ Firma dell'assistito (o di chi ne fa le veci) [redacted]

sottoscritto _____ assistito o persona autorizzata per il ritiro della documentazione
 litaria preventivamente ammonito sulle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace (art. 76
 R 445/2000) ed essendo stato informato di quanto enunciato all'art. 10 della L. 675/96 acconsente al trattamento dei propri dati
 sonali esclusivamente per motivi sanitari.

F. N° _____ Firma [redacted]

Relazione per l'acquisto del respiratore Pressometrico Belife 40 con AVAPS AE

Oggetto: Richiesta acquisto di respiratore domiciliare, per il paziente SANNA

....., nato a il 1, residente a
..... via /piazza , tel. /

Il paziente in oggetto è affetto da Insufficienza respiratoria notturna ipossiémica normocapnica secondaria ad apnee del sonno di tipo ostruttivo. A tal proposito deve ventilare tutte le notti con modalità AVAPS AE e AUTO-TRAK, algoritmo che ha permesso di eliminare gli eventi ostruttivi.

Tale caratteristica è presente nel respiratore Belife 40 completo di **batteria con 8 ore di autonomia** commercializzato dalla ditta SAPIO LIFE con il quale il paziente ha ottenuto rispetto ad altri respiratori un ottimo risultato terapeutico, validando il settaggio con i seguenti parametri respiratori:

IPAP max 26mbar

PS max 18/mbar

PS min 5/mbar

EPAP max 8/mbar

EPAP min 5/mbar

FREQ. Auto

FREQ. AVAPS 3/mbar

VT Target 600 ml

T.INSP. 1,5 sec

TRIGG AUTOMATICO AUTO-TRAK

RESE- TIME 2

DR.ssa

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

Oristano 22-10-2015



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



Spett.le
AZIENDA USL N°5
VIA Carducci
Oristano
c.a Dott ssa Demurtas Maria Gesuina
epc Sig Pietro Carta

Porto Torres 04 11 2015 Prot. 204gd15

Vs PG/2015/66367/PC del 03/11/2015

OGGETTO: respiratore polmonare Belife 40 più umidificatore per ventilatore Cpap SLEEPSTYLE 200

La SAPIO LIFE S.R.L. con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Ufficio delle Imposte Dirette di Monza – Via Marsala n. 13, Codice fiscale, numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02006400960 – già Registro Ditte R.E.A. n. 1330457 dal 9/3/90, registro delle Imprese di Monza n. MI149-43606, P.I. 02006400960 – .E.MAIL g.diana@sapio.it, con la presente sottopone alla Vs. cortese attenzione la propria migliore offerta per quanto in oggetto.

CONDIZIONI DI FORNITURA:

- Pagamento : 60 GG rimessa diretta.
- Validità offerta: tutto il 2015
- Consegna : 2/15g dall' ordine presso vostri locali
- Garanzia : anni due



SAPIO LIFE Srl - SEDE LEGALE E UFFICI OPERATIVI: Via S. Pellico, 48 - 20052 Monza (MI)
Tel. +39 039 43981 - Fax +39 039 2028143 - www.grupposapio.it - sapio@grupposapio.it
CAP. SOC. € 30.841.000 I.V. - Cod. Fisc. e Iscrit. Reg. Imprese di Monza e Brianza 03504430158 - R.E.A. di Monza e Brianza 1219521 - P.IVA 02006400960
Cassa Postale Monza 221 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Praxair S.p.A.

FILIALE: Porto Torres via Alberto D'albertis 21 - Tel. +39 079 2675110 - Fax +39 079 2675408

Si dichiara che il materiale offerto è certificato CEE e la classe di appartenenza di cui alla DIR CEE 93/42

SL99332059	BIPAP BeLife 40 - completa di alimentatore, cavo di alimentazione, filtri aria, manuale d'uso, scheda SD e borsa per il trasporto completo di n° 3 circuito PVC 180	€ 4404,40 + iva	212030103	1272622
SL99318089	Batteria interna per BeLife 40		-	-
SL99318090	Culla per alloggiamento batteria per BeLife 40		21203019080	589688
SL10923179	N° 2 SIMPLUS L/L - Maschera Facciale Vented, completa di due cuscinetti di misura L TIPO WIZARD € 106,26 cad/una + iva	€ 212,52 + iva		
SL10903110	N° 12 Kit filtri in schiuma di poliuretano. € 2,13 cad/uno + iva	€ 25,56 + iva		
SL10903111	N° 12 Kit filtri ultrasottili. € 1,98 cad/uno + iva	€ 23,76 + iva		

Totale Fornitura € 4666,24 + iva 4%

N° 1 SL10905068 Camera di umidificazione monouso per CPAP serie 230 - € 17,60 + iva 4%

In attesa di un Vs. gentile cenno di riscontro in merito, con l'occasione porgiamo i ns. più distinti saluti.

Diana Gianmario

Direttore Area Regione Sardegna

SAPIO LIFE Srl

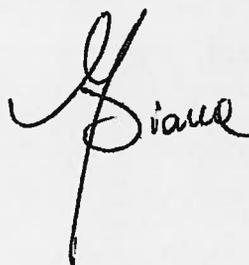
Via E. A. D'Albertis, 25/27 Z.I. Tronco B | 07046 Porto Torres (SS)

Tel. +39 079 2675110 | Fax +39 079 2675408 | Cell +39 348 4058125

www.grupposapio.it | g.diana@sapio.it

SAPIO LIFE è una società del Gruppo Sapio

È on line il sito e-commerce di SAPIO LIFE



PHILIPS

Philips S.p.A.
Healthcare - Respironics
Via G. Casati, 23
20052 Monza

Spett.le SAPIO life.
Via S. Pellico, 48
I - 20052 Monza (MB)
Fax +39 039 2026143

30 Marzo 2015

La presente per confermare che la scrivente Società intrattiene con Voi regolari rapporti di fornitura di prodotti per la cura domiciliare destinati alla rivendita da parte nostra. In tale qualità di acquirente delle sopra menzionate apparecchiature, siete autorizzati ad evadere le richieste di acquisto di potenziali Clienti.

Tra detti prodotti rientrano

Apparecchiatura per ventiloterapia:

- BIPAP ST AVAPS - system one (cod. IN1161S)
- BE LIFE (cod. IN1161PL-S)
- BE LIFE 40 (cod. 1111170-S)

Apparecchiatura per aerosolterapia:

- AERONEB GO (cod. AG-AG4200-SE)

ed anzi per la distribuzione di tale ultimo prodotto e per il corrente anno 2015 consideriamo la Vostra società quale unico riferimento in via regolare e continuativa su tutto il territorio nazionale.

Distinti Saluti

Philips SpA
Healthcare - Respironics
Alberto Vago
Business Line Manager Italy, Israele & Greece

Philips S.p.A.
Healthcare - Respironics
sede operativa
Via G. Casati, 23 - 20052 Monza
Tel: 039-203.1.

www.philips.com

Sede Legale:
via L. Mascheroni 5 - 20123 Milano
Cap. Soc.: Euro 68.068.000,00 i.v.
Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e
P.IVA 00856750153
R.E.A. Milano: n. 88001
Direzione e coordinamento : Koninklijke Philips Electronics N.V.
Registro produttori AEE n. IT0801000000099