

**Farmacia Territoriale Ales**

Tel 0783/9111 - 314-339 - fax 0783/9111403

Prot. *2314* N.P./2016/3317

Ales li, 30 MAR 2016

**Oggetto: richiesta acquisto materiale**


**Al Responsabile  
Servizio Provveditorato  
Oristano  
P.C. SIG.<sup>RA</sup> Piras Demetria**

A seguito di una richiesta pervenuta dalla chirurgia pediatrica dell' Ospedale S.S. Trinità di Cagliari, Si chiede, per un paziente ricadente in questo Distretto:

- n° 2 Sonde a basso profilo per alimentazione tramite gastrostomia con palloncino gastrico di bloccaggio tipo mic-key 16 fr di diametro e 20 mm di lunghezza dalla Ditta M.D.M. con codice (0120-16-2.0).
- n° 2 sonde a basso profilo per alimentazione con le stesse caratteristiche di quelle citate sopra con misure di (0120-16-1.7) Tale prodotto è stato acquistato nel 2015 con cod. di anagrafica 89903.

Certi di un sollecito riscontro si porgono

Distinti Saluti

  
**Farmacista Dirigente**  
**Dr. Antonio Isoni**

**S.C. di Chirurgia Pediatrica**

Direttore: Dott. L. Mascia

Tel. e Fax: 070/6095700

ASL Cagliari  
Ospedale "SS. Trinità"  
via Is Mirionis, 95  
09100 - CAGLIARI

Allegato n°1

**Assistenza Protesica e Integrativa  
Modello di prescrizione specialistica  
Dimissione Ospedaliera**

**Assistito**

Nome **[REDACTED]** Cognome **[REDACTED]** Età **[REDACTED]**  
Nato **[REDACTED]** il **[REDACTED]** C.F.: **[REDACTED]**  
Residente in **[REDACTED]** (OR) Via **[REDACTED]**

Valutazione della disabilità e Programma Riabilitativo

Diagnosi clinica:

**Tetraparesi spastica distonica grave**

Valutazione del deficit:

**Disfagia neurogena, frequenti episodi di polmonite "ab ingestis"**

Valutazione funzionale e capacità residue

**Può assumere piccole quantità di cibo per os**

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare

**Deficit nutrizionale e calorico, evitare inalazione durante il pasto**

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

**integrazione calorica attraverso sonda gastrostomica**

Tempi d'impiego previsti . **Presidi indispensabili per la nutrizione enterale in paziente con P.E.G. (tempo indeterminato) Sostituzione della sonda ogni 6 mesi oppure al bisogno in caso di deterioramento precoce**

**Presidi Proposti**

Descrizione Presidio	Codice tariffario	Codice ISO	Quantità
Sonda a basso profilo per alimentazione tramite gastrostomia con palloncino gastrico di bloccaggio, tipo Mc Key o similari Diam. 16 Fr. Lunghezza 20 mm			2 sonde/anno

Qualora il presidio non sia espressamente contemplato nel N.T. e sia riconducibile, ai sensi del comma 5 dell'art. 1 del D.M. 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

Cagliari 12.03.16

**SERVIZIO SANITARIO - Regione Sardegna  
 AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO  
 SERVIZIO MATERNO INFANTILE  
DISTRETTO SANITARIO DI ALES**

**UFFICIO ASSISTENZA PROTESI ED AUSILI**



**0783/91695-91788**

ASL5  
 Prot. 2016/19476 del 24/03/2016 ore 11,39  
 Mitt.: Assistenza Riabilitativa (ALEB/TE..)

\* Diretta

Presidi e Ausili (L.R. 01/08/96 N°39)

Dest.: [redacted]  
 Class.: 2.4.B. Fasc.: B del 2016

Paziente portatore di menomazione funzionale permanente



AUTORIZZ. N.: [redacted] DEL [redacted]

Cognome: [redacted] Nome: [redacted] Cod.Reg.: [redacted]  
 Nato a: [redacted] il [redacted] Tel.: [redacted]  
 Residente a: [redacted] Recapito: [redacted]

Vista la prescrizione dello specialista U.S.L. in data [redacted] Dott. [redacted]

**Si autorizza la fornitura mensile del seguente materiale**

N° Presidio Autorizzato

2	Sonda a basso profiloc/pallonc.gastrico(VEDI PRESC
0	
0	
0	
0	
0	
0	

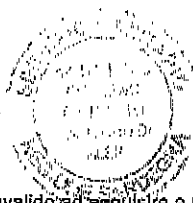
\* Si autorizza il ritiro presso il Servizio Farmaceutico

**Parte autorizzativa**

Mese di riferimento **ANNO 2016**

Il Responsabile del Servizio

[Signature]



Il Funzionario Amministrativo

[Signature]

N.B. Nel caso di Assistenza Indiretta sarà l'invalido ad acquisire e pagare la prestazione sanitaria o il presidio autorizzato, ottenere la fattura quietanzata e intestata a suo nome e chiedere il relativo rimborso a contributo alla U.S.L. competente per territorio, che aveva precedentemente rilasciato l'autorizzazione alla fornitura.

Data Ritiro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Per ricevuta \_\_\_\_\_

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

Spett.le  
Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano  
Servizio Provveditorato  
Via Carducci n. 35  
09170 Oristano

Ns. rif. Prot. n. 047 MD/rm  
Sassari, 31/03/16

Oggetto : Nostra offerta per integrazione codice.

**NOSTRA OFFERTA N. 047 del 31/03/16**

**MARCA KIMBERLY CLARK**

**1201620 Kit bottone a palloncino Mic Key 16 Fr. x 20 mm**

Al prezzo di € 248,00 (Euro duecentoquarantotto/00) cad. pz. + IVA 04%

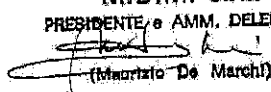
Confezionamento: n. 1 pezzo

**PRODOTTI DESTINATI A PAZIENTI CON MENOMAZIONI FISICHE PERMANENTI: IVA 4% - L. 263/89**

CONDIZIONI DI FORNITURA

IVA 4 %	A Vs carico
Porto	Franco Vs magazzino
Consegna	30 gg. lavorativi dalla data di ricezione ordine
Validità Offerta	30 gg.
Pagamento	60 gg.

Distinti saluti

M.D.M. s.r.l.  
PRESIDENTE/ o AMM. DELEGATO  
  
(Maurizio De Marchi)

Spett.le  
Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano  
Servizio Provveditorato  
Via Carducci n. 35  
09170 Oristano

Ns. rif. Prot. n. 144 MD/rm  
Sassari, 22.12.15

Oggetto : Richiesta disponibilità alla prosecuzione del contratto per la fornitura di DISPOSITIVI MEDICI Occorrenti alla ASL n. 5 di Oristano, fino al 31.12.2016, nelle more dell'espletamento delle gare Aziendali/regionali in unione di acquisto.  
Prot. n. PG/2015/78596/DP del 21/12/15

**NOSTRA offerta conferma prezzi N. 144 del 22.12.15**

**MARCA KIMBERLY CLARK**

1201415 Kit bottone a palloncino Mic Key 14 Fr. x 15 mm  
1202025 Kit bottone a palloncino Mic Key 20 Fr. x 25 mm  
1201617 Kit bottone a palloncino Mic Key 16 Fr. x 17 mm  
1201617 Kit bottone a palloncino Mic Key 16 Fr. x 17 mm  
Al prezzo di €. 248,00(Euro duecentoquarantotto/00) cad. pz. + IVA 04%  
Confezionamento: n. 1 pezzo

12112 Set prolunga a Y 30cm attacco angolato per Mic Key  
12312 Set prolunga attacco diritto 30cm per Mic Key  
Al prezzo di €. 115,00(Euro centoquindici/00) cad. box da 5 pz. + IVA 04%  
Confezionamento: Box da n. 5 pz.

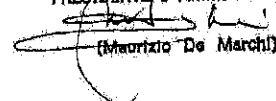
**PRODOTTI DESTINATI A PAZIENTI CON MENOMAZIONI FISICHE PERMANENTI. IVA 4% - L. 263/89**

**CONDIZIONI DI FORNITURA**

IVA 4 % : A Vs. carico  
Porto : Franco Vs. magazzino  
Consegna : 30 gg. lavorativi dalla data di ricezione ordine  
Validità Offerta : 30 gg.  
Pagamento : 60 gg.

Distinti saluti

M.D.M. s.r.l.  
PRESIDENTE e AMM. DELEGATO

  
(Maurizio De Marchi)

Concessionaria per la Sardegna di

**TERUMO**  
We keep life flowing

**AsahiKASEI**  
ASAHI KASEI MEDICAL