


Allegato n° 1 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° del  
Composto di n° 4 del  
fogli.

23/10/15  
 **ASL Oristano**

Servizio Sanitario Regionale Sardo  
ASL n° 5 - ORISTANO  
Dipartimento Amministrativo  
Servizio Provveditorato

23 OTT 2015

Arrivato il \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Prot. N. \_\_\_\_\_

**DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO**  
**UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA**


Prot. NP/2015/11416

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° 64155 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.A.

- N° 1 Ventilatore polmonare CPAP con umidificatore a caldo + accessori, codice ISO 03.03.15;
- N° 3 Maschere oronasali tipo "Ultramirage" ventilata misura M in gel di silicone;
- N° 3 circuiti paziente "not disposable";

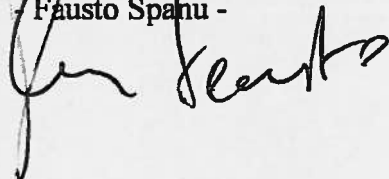
Distinti saluti.

**IL DIRETTORE DEL DISTRETTO**

**- Dr. Antonio Delabona -**

**L'OPERATORE AMMINISTRATIVO**

**- Fausto Spanu -**



**ASSISTENZA INTEGRATIVA**  
(Modello di prescrizione)

1° Visita

Allegare certificato di residenza

Visita successiva

Cognome e Nome assistito

Data e Luogo di nascita

Indirizzo (città, via, n°)

Diagnosi circostanziata:

**Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno  
ipertensione arteriosa**

Presidio Proposto

Descrizione

Codice Tariffario

(se previsto)

- 1) **Ventilatore pressometrico CPAP con umidificatore a caldo + accessori**
- 2) **N° 3 maschere oronasali tipo "Ultramirage" ventilata per CPAP misura M in gel di silicone**
- 3) **N° 3 circuiti Paziente "not disposable"**
- 4)
- 5)
- 6)

Programma terapeutico (Tempi di Impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali controindicazioni - Significato terapeutico e riabilitativo)

**Ventilazione notturna per almeno 8 ore alla pressione di 10,0 cm di H2O**

Per i minori di anni 18: Il richiedente necessita di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente?

Firma dello specialista solo in caso di risposta affermativa

Per i maggiori di anni 18:

**B. All'attenzione del medico prescrittore: la presente certificazione può essere rilasciata esclusivamente a pazienti che si trovino nelle condizioni sottoelencate.**

**riportare la dicitura corrispondente allo stato del paziente:**

**"Data la patologia riscontrata, il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33%"  
(Nota Assess. Reg. 8/07/1992**

Invalido civile / di guerra / di servizio /privo di vista / sordomuto

Istante in attesa di riconoscimento con riduzione della capacità lavorativa superiore a 1/3 già riconosciuta dalla Commissione Medica A.U.S.L.

Istante in attesa di accertamento per indennità di accompagnamento.

Istante entero-urostomizzato

"Data la patologia riscontrata, il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33%" (Nota Assess. Reg. 8/07/1992

Paziente Allettato

Data: 15/10/2015

IL MEDICO SPECIALISTA  
Dott. N. F. L. Santoni  
[Firma]



AOU Sassari

U.O.

Pneumologia



Chiar.mo Sig.

Responsabile Ufficio Acquisti

Azienda USL ORISTANO

Oggetto: Richiesta di ventilatore pressometrico CPAP per il paziente [REDACTED]  
[REDACTED], con diagnosi di "Sindrome delle apnee ostruttive del sonno in paziente con ipertensione arteriosa."

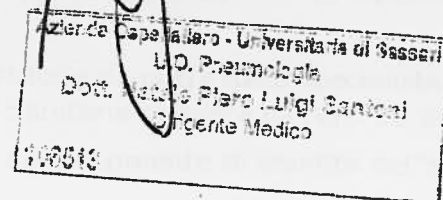
Con le seguenti caratteristiche tecniche:

- Caratteristiche di silenziosità
- Possibilità di inserire umidificatore a caldo
- Maneggevolezza
- Agevole regolazione delle pressioni
- Dimensione e peso contenuti
- Possibilità monitoraggio adesione al trattamento.

Sassari 15/10/2015

Distinti Saluti

Dott. N. P. L. Santoni



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

Spett.le cod.007613  
AZIENDA USL N. 5  
VIA CARDUCCI 35  
09170 ORISTANO (OR)

Prot. OC2015.003705/MA (da citare sempre su eventuale ordine)

Pogliano Milanese, 28/10/15

Oggetto: OFFERTA ECONOMICA PER LA FORNITURA DI PRESIDI

Abbiamo il piacere di sottoporre alla Vs/cortese attenzione la  
nostra offerta per quanto in oggetto alle seguenti condizioni:

-----  
Ns. Rif. 0010 Offerta OC2015.003705/MA  
-----

**VEAPXTSE VENTILATORE CPAP APEX XT-SENSE**  
Numero repertorio 1024620  
CND Z12030102

	Q.tà	Netto/cad.
Vendita.....:	1,00	394,55

Accessori : 10A

Nr	1,00	CIRUMONO	TUBO PER CIRCUITO IN PVC CM. 180
Numero repertorio 314506			
CND R020199			
Nr	1,00	MAWMOMN2	MASCHERA FACCIALE OMNIA C/NUCALE
Numero repertorio 1285640			
CND R03010105			
Nr	1,00	UMAP0XT1	UMIDIFICATORE PER CPAP SERIE XT
Numero repertorio 257178			
CND Z1203019080			

-----  
Ns. Rif. 0020 Offerta OC2015.003705/MA  
-----

**MARMU612 MASCHERA FACCIALE ULTRAMIRAGE CON NUCALE (CON FORI) M**  
Numero repertorio 428553  
CND R03010199

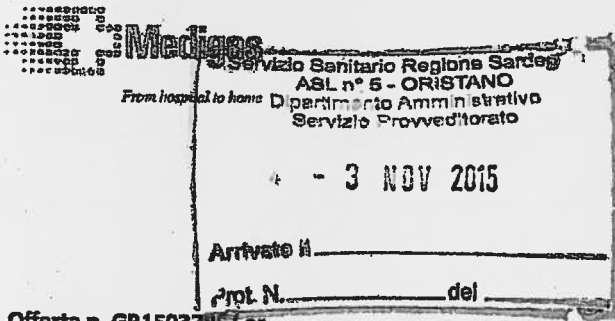
	Q.tà	Netto/cad.
Vendita.....:	3,00	113,75

Prot. OC2015.003705/MA

Pag. 1



Allegato n° 3 alla determinazione  
 Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Composto di n° 2 fogli.



Offerta n. GR1503785/ar

MEDIGAS Italia S.r.l.  
 I-20090 Assago (MI) - Via Edison, 6  
 Tel. +39 02 48881111 - Fax +39 02 48881150  
 www.medigas.it  
 Capitale Sociale € 4.000.000 int. vers.  
 Reg. Imprese Milano N. 02466440167  
 REA Milano 1502123  
 C. F. 02466440167 - P. IVA 11861240155



Iscrizione Registro AEE  
 n.: IT08020000002498

Spettabile  
 AZIENDA U.S.L. 5 ORISTANO  
 Servizio Provveditorato  
 VIA CARDUCCI, 35  
 09170 ORISTANO (OR)

Assago, 02/11/15

La sottoscritta MEDIGAS Italia S.r.l. con sede legale in Via Edison, 6 - 20090 Assago (MI), si pregia sottoporre alla Vostra cortese attenzione la propria migliore offerta, stilata a seguito della Vostra richiesta prot. PG/2015/65151/pc del 28.10.2015, avente per oggetto

**FORNITURA DI PRESIDI**

Codice	Descrizione	Q.tà	Prezzo Unitario a Voi riservato Euro	Totale Euro
161900000	VENTILATORE F&P CPAP MOD.ICON PREMO+MEMORIA E UMIDIFICATORE CND: Z12030102 RDM: 356633/R Sistema Cpap con memoria destinato al trattamento delle apnee ostruttive nel sonno in pazienti adulti. L'apparecchio è indicato sia per l'utilizz domiciliare che in laboratorio del sonno, sia per la fase di titolazione che per quella di trattamento. Provisto di marchio CE-MDD in conformità alla Direttiva 93/42 CEE	1	430,00	430,00
109900846	MASCHERA ULTRAMIRAGE CON FORO ORO-NASALE MIS. M + SIST.FISS CND: R03010199 RDM: 428553/R	3	120,00	360,00
100700001	CIRCUITO MONOUSO 180 CM PER VENTILATORE CPAP E BILEVEL CND: R020199 RDM: 160962/R	3	7,00	21,00
	Umidificatore per Sleepstyle 200		Non disponibile	
	Ventilatore polmonare "Belife 40"		Non disponibile	
	Maschere full face Wizard		Non disponibili	

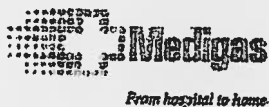
N.B.: Tutti i prezzi s'intendono IVA esclusa.

Prezzo complessivo della fornitura

€ 811,00 + IVA



Handwritten initials and a signature.



Pagina 2 di 2

Offerta n. GR1503785/ ar

**CONDIZIONI DI FORNITURA**

<b>CONFEZIONAMENTO:</b>	<b>SINGOLO</b>
<b>IMBALLO E TRASPORTO:</b>	a nostro carico
<b>COLLAUDO:</b>	a nostro carico
<b>GARANZIA:</b>	24 (ventiquattro) Mesi
<b>I.V.A.:</b>	a Vostro totale carico a norma di Legge: 4%
<b>VALIDITA':</b>	180 (centottanta) giorni
<b>CONSEGNA:</b>	entro 10 (dieci) giorni dal ricevimento dell'ordine
<b>PAGAMENTO:</b>	60 (sessanta) giorni data ricevimento fattura
<b>ASSISTENZA TECNICA:</b>	viene garantita direttamente dalla nostra <b>Unità Operativa di Macomer - Località Tossillo - Tel. n. 0785/70561</b> , coordinata dalla <b>Sede Centrale di Assistenza Tecnica MEDIGAS Italia S.r.l. di Assago (MI) - Via Edison, n. 6 - Tel. n. 02/4888111, Fax 02/48881150</b>

*In caso di ordine si prega di indicare il numero della presente offerta.*

  
MEDIGAS Italia S.r.l.  
Il Direttore Generale  
Dott. Giancarlo FONTANA

R  
AR