

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



ASL Oristano

DISTRETTO SANITARIO - ORISTANO
UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Arrivato il _____
prot. N. _____ ds

Prot. NP/2015/13256

Oristano, 10.12.2015

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° 75130 del 09.12.2015, 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 L.V.

- N° 1 ventilatore presso metrico tipo CPAP, codice ISO 03.03.15;
- N° 2 maschera nasale con valvola esp mis. M;
- N° 2 filtri di ricambio;
- N° 3 circuito respiratorio;
- N° 6 filtro macchina;
- N° 1 Umidificatore attivo regolabile;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -

Azienda Sanitaria Locale N.5 Oristano Via Giosuè Carducci, 35 (09170) Oristano - P. IVA 00681110953
Telefono: 0783/317836 - Fax 0783/317837 - e-mail: ausl.oristano@tiscali.it usl.oristano@libero.it



Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA

Modello di Prescrizione Specialistica

Assistito _____ ETÀ:
Nato a _____ il res. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica

OSAS di grado MODERATO

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione presidio	Cod. tariffario		
ventilatore presso metrico tipo Cpap			1
maschera nasale con valvola esp mis M			2
filtri ricambio			2
Circuito respiratorio			3
Filtro macchina			6
Umidificatore attivo regolabile			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



Allegato 4

PG/2015/ F5130

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

DEL 09 DIC. 2015

IL SOTTOSCRITTO:

TITOLARE CONIUGE GENITORE PARENTE FINO AL TERZO GRADO TUTORE

COGNOME [redacted] NOME [redacted] ETA' [redacted]

DICHIARA

Di essere nato a Cagliari il 15/04/1964 C.F. CNNCRI64N55B354V
Residente in [redacted] Via [redacted] N° [redacted] tel. [redacted]

CHIEDE per:

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

Di poter usufruire della fornitura di Ventilatore presso medico tipo Cop+accosci
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

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

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

N° 1098/1° Firma [redacted]

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

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

□ istante in attesa di riconoscimento di invalidità

Data 09/11/2015

Lo Specialista
A.O.U. di CAGLIARI - P.O. *Dulio Casula* - Monserrato
CLINICA NEUROLOGICA
CENTRO DISTURBI DEL SONNO
Direttore: Prof. FRANCESCO MARROSU

Note:

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



Centro Operativo di Cagliari
09032 ASSEMINI - Z.I. Macchiareddu
Tel. 070 247331 - Fax 070 2548199
e-mail : a.girau@vivisol.it

Spettabile
Azienda U.S.L. 5 Oristano
Servizio Provveditorato
c.a. dr.ssa Demurtas
c.a. Sig. Carta Pietro

Vs rif. . prot. 77321/pc Ns rif CSTVCA 022/15 Assemini 18/12/15

OGGETTO: Preventivo per fornitura ventilatore CPAP per uso domiciliare.

In riferimento alla Vs richiesta di preventivo prot. PG/2015/77321/pc, per la quale Vi ringraziamo, la Vivisol srl è lieta di comunicarVi la propria migliore offerta per quanto in oggetto:

22483 RESmart CPAP con SD Card	190,00 euro
20632 Maschera nasale RESMED con valv esp mis M	47,50 euro / cad
23846 Filtro RESmart	1,30 euro / cad
20767 Circuito per ventilatore	5,00 euro / cad
23846 Filtro RESmart	1,30 euro / cad
22289 Umidificatore H2I per CPAP	35,00 euro
Prezzo complessivo del sistema (nelle quantità da voi richieste)	345,40 euro + iva
Prezzo complessivo del sistema (nelle quantità da voi richieste)	359,22 euro i.c.

Condizioni d'offerta:

iva: a Vs carico nella misura di legge
validità: fino al 31/12/15
consegna: 20 gg d.r.o.
trasporto: compreso

N.B. Schede tecniche, certificazioni, CND e RDM sono i medesimi già inviati in offerte già presentate nel corso del 2015.

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi chiarimento fosse necessario e con l'occasione porgiamo distinti saluti.

Vivisol Srl