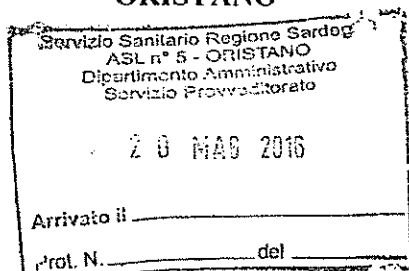


SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5
ORISTANO

Prot. NP/2016/5217

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO



Oristano, li 18.05.2016

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

G.M. Zouca
20/5/2016

RT

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 29837 del 18.05.2016, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "Sindrome delle apnee ostruttive del sonno", allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, per l'assistito S.A.

- Ventilatore CPAP con scheda SMART CARD (con possibilità di scarico dati utilizzo), codice ISO 03.03.15;
- N° 3 maschera nasale profile lite ventilata, misura M "Respironics";
- N° 3 cuffia reggimaschera;
- N° 3 tubi raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spada -

Servizio Sanitario - Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 5 di Oristano

Allegato 1

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

ASSISTITO

NOME [Handwritten] COGNOME [Handwritten] ETÀ: [Handwritten]
Nato a [Handwritten] il [Handwritten] C.F. [Handwritten]
Residente in [Handwritten] Via [Handwritten] N. [Handwritten]
Tel. [Handwritten]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica [Handwritten]
Valutazione del deficit [Handwritten]
Valutazione funzionale e abilità residue [Handwritten]

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

[Handwritten]

Tempi di impiego previsti

[Handwritten]

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
- Ventilatore CPAP con serbatoio <u>[Handwritten]</u> (compensazione di severo deficit ventilatorio)			1
- Maschera usata per la lite Ventilatore M Respiravcs			3
- Occhio respiratorio			3
- Tubi di ricambio per Ventilatore			3
- Feltro antipolvere			12

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 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

Distretto 12-05-2016

Lo Specialista

[Signature]

Azienda A.S.L. n°3 - CRISTANO
Presidio Pneumotisiologico
Dott.ssa Pietrina Murgia

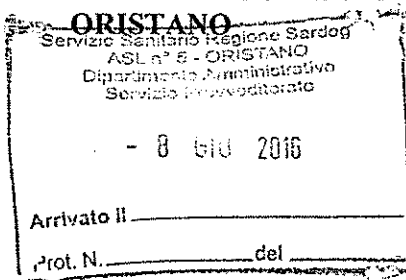
Note:

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

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5

Prot. NP/2016/5905

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO



Oristano, li 07.06.2016

G. M. Zucca
9/6/2016
[Signature]

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

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. **[REDACTED]**, prot. n° 34335 del 07.06.2016, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "Sindrome delle apnee ostruttive del sonno", allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, per l'assistito M.B.

- Ventilatore CPAP con scheda SMART CARD (con possibilità di scarico dati utilizzo), codice ISO 03.03.15;
- N° 1 umidificatore;
- N° 3 maschera nasale profile lite ventilata, misura S-M "Respironics";
- N° 3 cuffia reggimaschera Wilacap New York M;
- N° 3 tubi raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO

- Dr. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Gausto 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 [redacted] COGNOME [redacted] ETÀ: [redacted]
Nato a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
Residente in [redacted] Via [redacted] N. [redacted]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica Solo delle Aree ostruite nel senso
Valutazione del deficit > 33%
Valutazione funzionale e abilità residue normale vita di relazione e professionale

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
La ventilazione è finalizzata a ridurre l'insorgenza di insuff. respiratorie acute e sue complicanze metaboliche e cardiovascolari

Tempi di impiego previsti
Da usare durante il sonno con riserva di 10,5 ore totali

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>Ventilatore CPAP con setole START per (Senso del naso - punta - ACP)</u>	<u>601-M-04</u>		<u>1</u>
<u>Umidificatore</u>		<u>SM</u>	<u>3</u>
<u>Canne respiratorie WILCAP New York M / cas. SL 10903315</u>			<u>3</u>
<u>Tubi eccedenti per Ventilatore</u>			<u>3</u>
<u>Filtri anti-polvere</u>			<u>12</u>

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 _____ dichiarato 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

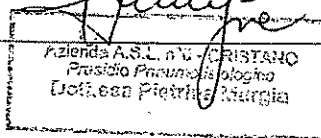
- invalido già riconosciuto (invalido civile, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto)
- invalido già riconosciuto per il quale viene richiesta assistenza protesica non correlata alla invalidità riconosciuta
- trattasi di invalido con invalidità > al 33% e fino al 100% senza indennità di accompagnamento riconosciuta: la minorazione riportata nella presente prescrizione comporta una invalidità 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

Dr. 06-06-2016

Lo Specialista



Note:

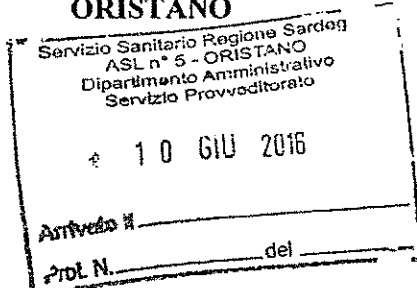
La presente prescrizione deve essere accompagnata dalla prescrizione dei presidi su ricettario SSN

Allegato n° 3 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° del
Composto di n° 7 fogli

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5
ORISTANO

Prot. NP/2016/5989

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO



Oristano, li 08.06.2016

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

G. R. Zane
10/6/2016
F17

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta del Sig. [redacted], prot. n° 34846 del 08.06.2016, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "Sindrome delle apnee ostruttive del sonno", allegato alla presente si trasmette la richiesta di acquisto per i presidi sanitari di cui all'oggetto, per l'assistito E.M.

- Ventilatore CPAP con scheda SMART CARD (con possibilità di scarico dati utilizzo), codice ISO 03.03.15;
- N° 1 umidificatore;
- N° 3 maschera nasale profile lite ventilata, misura S-M "Respironics";
- N° 3 cuffia reggimaschera Wilacap New York M;
- N° 3 tubi raccordo per ventilatore;
- N° 12 filtri antipolvere;

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 [redacted] COGNOME [redacted] ETÀ: _____
 Nato a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]
 Residente in [redacted] Via [redacted] N. _____ Tel. [redacted]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica Sede delle Anni costruttiva nel senso
 Valutazione del deficit 733%
 Valutazione funzionale e abilità residue Normale vita professionale e di tempo

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

Le valutazioni funzionali e tecniche d'urgenza di Funz. Respiratorie
vellute e in compenso metabolico e idroelettrici

Tempi di impiego previsti

Da usare durante il sonno con presenza di 10.5 cm H₂O

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
- Ventilatore CPAP con scheda SMART	605-M-01		1
- Umidificatore (serie dot. utenze) - pendente - Atti			1
- Maschera nasale Vent.ata prof. lite Resposables S-M			3
- Cuffie respiratorie WILCAP NEW-YORK mod. M @ S2 10903315			3
- Tubi esalatori per ventil.			3
- Filtri autopulenti			12

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 _____ dichiarato 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 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

De 05-06-2016

Lo Specialista


Note:

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

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

Oggetto:Rif: Richiesta informazioni

Data:Mon, 6 Jun 2016 16:26:19 +0200

Mittente:Antonello Girau <a.girau@vivisol.it>

A:Gian Marco Zoncu <gianmarco.zoncu@asloristano.it>

Ciao Gianmarco,

I filtri di ricambio sono i 23846 e il costo è 1,30/cad. Sono gli unici da ordinare nel caso della Resmart.

23387 61710 MASCHERA MIRAGE QUATTRO FX VENTED. SIZE MEDIUM 147,00

Il vostro codice Sisar è 1137648 e il prezzo è 117,80

Per quanto riguarda invece la maschera Profile Lite il prezzo è il medesimo per tutte le misure. Il codice della misura M è il seguente

21847 1002376 MASCHERA NASALE PROFILE LITE CON FORO DI ESPIRO SENZA CUFFIA - Mis. Media 59,00

Per il reggimaschera è possibile scegliere tra queste 2 opzioni:

80291 300.005 CUFFIA REGGIMASCHERA WILAcup NEY YORK IN LYCRA TAGLIA SMALL 16,00

21886 1002801 CUFFIA REGGIMASCHERA PER PROFILE LITE - MISURA UNICA 16,00

Ma se vuoi un consiglio , è possibile ordinare la maschera direttamente con il reggimaschera al medesimo prezzo; è già montata sulla maschera ed evita al paziente di dover assemblare i due articoli.

21968 1004116 MASCHERA NASALE PROFILE LITE CON FORO DI ESPIRO e CUFFIA - TG MEDIA 75,00

Se hai bisogno sono a dispizione

Ciao e buona serata

Antonello Girau
Servizio Commerciale Territoriale Lazio e Sardegna
VIVISOL srl 09032 Assemini (CA), via A. Volta, 1

e-mail: a.girau@vivisol.it