

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 _____ il _____ C.F. _____
 Residente in _____ Via _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica _____
 Valutazione dei deficit > 33%
 Valutazione funzionale e abilità residue in vert. essere necessario
con CPAP - del 2009. Attualmente necessita di nuovo vent.
in quanto quella in sua possesso, non funziona, non
 Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare è stabile

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
<u>Ventilatore CPAP con SMARTCARD</u> <u>+ Umidificatore</u>	<u>601-11-01</u>	<u>03-03-01</u>	<u>1</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 _____ 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

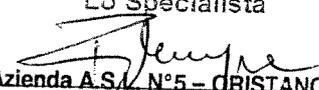
Lettera a dell'art. 2 del D.M. 332/99

- 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

Dec. 20-12-2011

Lo Specialista

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

Note:

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

foe
15/12/11

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

Prot. N° 3493164

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO

Oristano, li 13.12.2011

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° 80955 del 13.12.2011, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da [redacted]

Allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito [redacted]

- N° 1 ventilatore tipo BIPAP con scheda di memoria e Umidificatore, codice ISO 03.03.15;
- N° 3 maschere nasali in silicone modello per adulti misura M dotata di Wisper Swivel tipo respironics profile lite;
- N° 3 calottine di supporto maschera misura M;
- N° 24 filtri ricambio per ventilatore grigio/bianco;
- N° 3 tubo corrugato cm. 180;

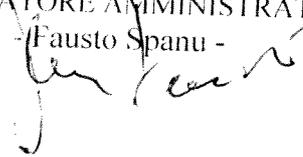
Distinti saluti.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
- Dr. Antonio Delabona -



L'OPERATORE AMMINISTRATIVO

- Fausto Spanu -



Allegato 1A

ASSISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
 Modello di Prescrizione Specialistica
 Dimissione Ospedaliera

Assistito

NOME _____ COGNOME _____ ETA': _____
 Nato a _____ il _____
 Residente in _____ TELEF. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica **SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO..ASMA BRONCHIALE. OBESITA'**

Valutazione del deficit _____

Valutazione funzionale e abilità residue _____

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

IL PZ DEVE VENTILARE TUTTE LE NOTTI E AL POMERIGGIO ALLE PRESSIONI DI IPAP 23 CM H2O, EPAP 17 CM H2O

PRESIDI PROPOSTI

Descrizione Presidio	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
VENTILATORE TIPO BIPAP CON SCHEDA DI MEMORIA			
UMIDIFICATORE			
MASCHERA NASALE IN SILICONE MODELLO PER ADULTI MISURA M DOTATA DI WISPER SWIVEL TIPO RESPIRONICS PROFILE LITE			3 PER ANNO
CALOTTINA SUPPORTO PER LA MASCHERA MISURA M			3 PER ANNO
FILTRO DI RICAMBIO PER IL VENTILATORE GRIGIO/BIANCO			2 PERMESE
TUBO CORRUGATO CM 180			3 PER ANNO

--	--	--	--

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 asto io rato
data dell'ultima fornitura 14-03-07 dichiara che non è convenientemente riparabile
- b. se trattasi di fornitura che **non ha 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

Lettera c dell'art 2 del DM 332/99

istante in attesa di riconoscimento

PRESCRIZIONE AI SENSI DELL'ART. 2 LETTERA E DEL D.M. 332/99

- A) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO PUBBLICA
AZIENDA USL N. _____ DI _____
PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____
- B) PRESCRIZIONE SPECIALISTICA DA PARTE DI STRUTTURA DI RICOVERO ACCREDITATA
AZIENDA USL N. _____ DI _____
PRESIDIO OSPEDALIERO _____ UNITA' OPERATIVA DI _____

Si certifica che il paziente sopra indicato è ricoverato presso questa Unità Operativa e necessita con urgenza del dispositivo prescritto prima della dimissione in quanto affetto grave e permanente menomazione che richiede una tempestiva attivazione del progetto riabilitativo.

Data 11-12-2011

Il Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera



[Handwritten signature]

PROSPETTO DI RAFFRONTO DELLE OFFERTE PERVENUTE PER LA FORNITURA DI N° DUE VENTILATORI COMPLETI DI CONSUMABILI PER IL PRIMO UTILIZZO

RIF. LOTTO

DITTE

LOTTO N° 1	MEDAX	MEDIGAS	DOMOLIFE	SAPIO LIFE	VIVISOL
N° 1 VENTILATORE BIPAP CON SCHEDA MEMORIA	€ 1.620,00	€ 1.345,00	€ 1.210,00	€ 2.100,00	2000,00
N° 1 UMIDIFICATORE	€ 120,00	€ 165,00	€ 78,00	€ 197,00	250,00
N° 3 MASCHERA NASALE MISURA M CON WISPER RESPIRONICS PROFILE LITE	€ 480,00	€ 210,00	€ 240,00	€ 321,00	240,00
N° 3 CALOTTINA DI SUPPORTO	COMPRESA NELLA MASCHERA	COMPRESA NELLA MASCHERA	COMPRESA NELLA MASCHERA	COMPRESA NELLA MASCHERA	72,00
N° 3 CIRCUITO PAZIENTE DA CM. 180	€ 24,00	€ 16,50	€ 18,00	€ 20,40	19,20
N° 24 FILTRO DI RICAMBIO GRIGIO/BIANCO	€ 42,00	€ 73,5000	€ 72,00	€ 78,00	31,20
Prezzo tot. Per Lotto	€ 2.286,00	€ 1.810,00	€ 1.618,00	€ 2.716,40	2612,40

LOTTO N° 2	MEDAX	MEDIGAS	DOMOLIFE	SAPIO LIFE	VIVISOL
N° 1 VENTILATORE CPAP CON SCHEDA SMART CARD	€ 480,00	€ 445,00	€ 377,00	€ 532,00	NON OFFERTO
N° 1 UMIDIFICATORE	€ 120,00	COMPRESO NEL VENTILATORE	€ 78,00	COMPRESO NEL VENTILATORE	
Prezzo tot. Per Lotto	€ 600,00	€ 445,00	€ 455,00	€ 532,00	

PROSPETTO AGGIUDICAZIONE PROCEDURA NEGOZIATA PLURIMA PER FORNITURA VENTILATORI

Ditta DOMOLIFE

RIF. LOTTO	descrizione	CODICE DITTA	quantità	prezzo unit.	prezzo tot.
LOTTO N° 1	VENTILATORE BILEVEL SANDMAN DUO-Hc ST CON CARD MEMORIA	1V00037	1	€ 1.210,0000	€ 1.210,00
	UMIDIFICATORE RISCALDAATO UP-GRADE	1U00006	1	€ 78,0000	€ 78,00
	MASCHERA NASALE GEL RESPIRONICS TG. M CON WISPER PER ESALAZIONE CO2 CON CUFFIA REGGIMASCHERA	1MA00030	3	€ 80,00	€ 240,00
	CIRCUITO PAZIENTE MONO TUBO CM. 180	1M00020	3	€ 6,00	€ 18,00
	KIT FILTRO DI RICAMBIO GRIGIO/BIANCO	1M0004	24	€ 3,00	€ 72,00
				TOT.	€ 1.618,00
				I.V.A. 4%	€ 64,72
				TOTALE	€ 1.682,72

DITTA MEDIGAS

RIF. LOTTO	descrizione	CODICE DITTA	quantità	prezzo unit.	prezzo tot.
LOTTO N° 2	VENTILATORE CPAP F. & P. CON MEMORIA MOD. ICON PREMO CON UMIDIFICATORE INTEGRATO	161900000	1	€ 445,0000	€ 445,00
				I.V.A. 4%	€ 17,80
				TOTALE	€ 462,80

Allegato n° 3 alla determinazione
 Ser. Provveditorato n° _____ del _____
 Composto di n° 4 fogli