

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

Prot. NP/2016/11289

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 3 fogli

Oristano, li 26.10.2016

UFFICIO PROTESI - DISTRETTO



es. A. Zucchi
fr

OGGETTO: assistiti aventi diritto per acquisto presidi
sanitari D.M. 27 agosto 1999, n. 332.
D.P.C.M. 05/03/07, art. 6.

Servizio Sanitario Regionale - Regione Sardegna ASL N°5 - O.R.I.S.T.A.N.O. Dipartimento Assistenza Sociale Servizio Protesi	
5 1 OTT 2016	
Arrivato il _____	
Prot. N. _____	del _____

Al Servizio Acquisizione Beni

SEDE

In riferimento alla richiesta della Sig.ra , prot. n° 63471 del 20.10.2016, tendente ad ottenere la fornitura di presidi sanitari, in quanto affetto da "Ipoacusia profonda neurosensoriale bilaterale", allegato alla presente si trasmette la richiesta per l'acquisto dei presidi sanitari di cui all'oggetto, dell'assistito .

- Sostituzione Speech processor, Codice ISO 21.45.92.112;

Distinti saluti.

IL DIRETTORE DELL DISTRETTO
- Dott. Antonio Delabona -

L'OPERATORE AMMINISTRATIVO
Fausto Spanu -

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 _____ COGNOME _____ ETÀ: _____
Nato a _____ il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via _____ N. _____

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi clinica PORTATORE DI IMPIANTO COCLEARE IN AU DA

Valutazione del deficit GRADO ELEVATO

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
MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE E DELL'INTEGRAZIONE SOCIALE

Tempi di impiego previsti _____

PRESIDI PROPOSTI

DESCRIZIONE PRESIDIO	Codice Tariffario	Codice ISO	Quantità
<u>RIPARAZIONE / SOSTITUZIONE DI</u>		<u>21.45.92.112</u>	
<u>SPEECH PROCESSOR</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

ORISTANO 14/03/2016

ASL Lo Specialista
SEZIONE DI ASSISTENZA
CROCE ROSSA ITALIANA

Bruno Costa

Note:

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

Spett.le

A.S.L. 5 ORISTANO

Via Carducci, 35

09170- ORISTANO (OR)

Padova 11.11.2016

Il sottoscritto Enrico Brusemini in qualità di procuratore speciale della società AUDMET SRL con sede in Firenze via Panciatichi 96 dichiara che la società è distributrice in esclusiva per il territorio italiano del marchio Oticon Medical.

In fede

Distinti saluti

AUDMET S.R.L.
Enrico Brusemini



Spett.le

A.S.L. 5 di Oristano

Via Carducci, 35

09170- ORISTANO (OR)

Padova 11.11.2016

Oggetto: Offerta di riparazione di Speech Processor Oticon Medical

A seguito vostra richiesta Prot. PG/2016/69390/GMZ del 10 novembre 2016 la presente per sottoporVi nostro preventivo per la riparazione dello Speech Processor Saphyr SP SN: J3799 in uso all'assistito ~~_____~~ prodotto e riparato da Neurelec/Oticon Medical, alle seguenti condizioni economiche:

Riparazione di Speech Processor **CND: J0301 – RDM: 144851**

Codice ISO: 21.45.92.112 Codice Prodotto: E-SP-TX9-SIL-I

Cad. Euro 1.540,20 (euro millecinquecentoquaranta virgola venti)

IVA 22% Euro 338,84 (euro trecentotrentotto virgola ottantaquattro)

Totale fornitura Euro 1.879,04 (euro milleottocentosettantanove virgola zero quattro).

La garanzia del processore riparato è di 6 mesi dal collaudo dello stesso.

La consegna, franco domicilio utente, avviene entro 4 giorni lavorativi dalla comunicazione dell'aggiudicazione.

La nostra organizzazione è a disposizione tramite il customer service che risponde dal lunedì al venerdì allo 049720760 oppure all'indirizzo email padova@oticonmedical.com o elbu@oticonmedical.com con i seguenti orari: 08:00-13:00 13:30-16:30

Distinti saluti

AUDMET S.R.L.
Enrico Brusemini

