

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°2
Olbia

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 714 DEL 28/05/2007

OGGETTO: assistenza protesica – autorizzazione all’acquisto di materiale extratariffato – Paz.
Vari

L'anno duemila sette addì Sette del mese di Maggio
in Olbia, nella sede legale dell’Azienda Sanitaria Locale n° 2.

IL DIRETTORE GENERALE

Dottor GIOVANNI BATTISTA CHERCHI

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dottor Pier Luigi Caria

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dottor Renato Mura

- VISTE** le prescrizioni specialistiche degli Specialisti Dott. Impagliazzo dell'U.O. ORL Ospedale di Tempio, Dott. Gandolfo U.O. ORL dell'Ospedale di Ozieri, Dott.ssa Mele Ambul. ORL ASL1 di Sassari, Dott. Pusceddu U.O. di Pediatria Az. Osped. Brotzu di Cagliari, con la quale si attesta la necessità di fornire agli utenti L.G.P., M.V., S.S., E.B., M.G., C.M., Z.A., i seguenti ausili: n° 1 apparecchio di aerosol terapia E-FLOW per l'utente L.G.P, n° 1 nebulizzatore ad ultrasuoni con allarme e filtro antibatterico munito di regolatore della temperatura del nebulizzatore per l'utente M.V., n° 80 bavagli copristoma per utenti vari ;
- PRESO ATTO** del parere favorevole del Responsabile del Servizio di assistenza protesica e riabilitativa del Distretto di Olbia, Dr.ssa Gavina Pes;
- ATTESO** si è provveduto a richiedere preventivo di spesa a piu ditte operanti nel settore (Tuttortopedia, Orthotecnica, Sapio Life , La Sanitaria);
- DATO ATTO** che la **Ditta Sapio Life** di Sassari ha inviato un'offerta di **€2.2594,80** IVA 4% inclusa per la fornitura di n° 1 nebulizzatore e n° 1 apparecchio di aerosol terapia per gli utenti L.G.P. e M.V. ;
- che la **Ditta Orthotecnica** di Olbia ha inviato un'offerta per la fornitura di n°80 copristoma al prezzo di **€6,50 cadauno** + IVA al 4% , totale **€ 540,80** IVA inclusa, per gli utenti S.S., E.B., M.G., C.M., Z.A.,
- VERIFICATA** la sussistenza dei requisiti soggettivi richiesti dalla normativa vigente;
- RITENUTO** necessario autorizzare l'acquisto del presidio di che trattasi;

VISTI:

il D.lvo 30 dicembre 1992 n° 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

la L.R. 28 luglio 2006,n.10;

la L.R. 24 marzo 1997, n.10;

la L.R. 01 agosto 1996, n. 34;

il D.A.I.S. 28 gennaio 1997, n.26;

il D.M. 27 agosto 1999, n. 332;

per i motivi sopra espressi,

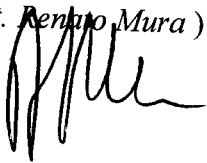
DELIBERA

di autorizzare l'acquisto n° 1 nebulizzatore per l'utente M.V. e n° 1 apparecchio per aerosol terapia per l'utente L.G.P. al prezzo di **€ 2'594,80** IVA inclusa al 4% dalla Ditta Sapio Life;
e n° 80 bavagli copristoma al prezzo di **€ 540,80** IVA inclusa al 4% dalla Ditta Orthotecnica ;

- di dare atto che gli ausili saranno forniti dalla Ditta Sapio Life e dalla Ditta Orthotecnica ;
- di demandare al Distretto di Olbia l'adozione dei successivi provvedimenti di spesa;
- di comunicare il presente atto all'Assessorato regionale all'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ,ai sensi dell'Articolo 29 ,comma 2 ,della legge Reg. 28 luglio 2006 ,n°10.

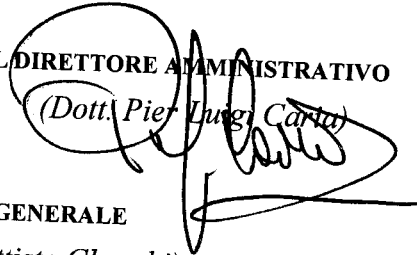
IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. *Renzo Mura*)

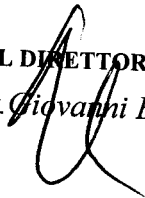


IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott. *Pier Luigi Carta*)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. *Giovanni Battista Cherchi*)



SMI

fg

(DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO / STRUTTURA PROPONENTE/ESTENSORE)

(luogo e data) _____, ____/____/____.

La presente deliberazione:

è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura _____ (proponente/estensore)

(firma) _____

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia dal 31/05/2007, e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

con lettera in data ____/____/____, protocollo n. _____, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10. Olbia, 31/05/2007

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

La presente deliberazione:

è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.

è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. _____ del ____/____/____.

è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso

Olbia, ____/____/____.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali



LA SANITARIA sas

di Maria Lucia Vannini & C.

*Civ. San Francesco 7A- 07029 Tempio Pausania (SS)
Tel.079-670313 Fax.079-435411 P.IVA 01894710908*

Spett.le ASL 2
Distretto di Olbia

Tempio Pausania 14/03/2007

Oggetto : Preventivo di spesa

Come da Vostra richiesta ci preghiamo comunicarvi la nostra migliore offerta per gli articoli richiesti:

- 1) N. 2 Cannule tracheali morbide con mandrino diametro 10 € 96,00 cadauno + IVA 4%
- 2) N. 10 bavagli copristoma in cotone a maglie strette € 8,30 cadauno + IVA 4%
- 3) N.20 confezioni di FREE HNDS HME cassette cod. 7712 € 98,00 cadauno + IVA 4%
- 4) N. 20 confezioni di HME CASSETTE cod. 7240 €144,00 cadauna + IVA 4%

Tot. Fornitura € 5115,00 + IVA 4% aggiudicazione delibera n. 569/06

Distinti saluti Lucia Vannini

**ORTHOTECNICA SRL
ZONA INDUSTRIALE SETT.2
07026 OLBIA (OT)**

**SPETT.LE ASL N. 2 OLBIA
UFF.PROTESI**

Oggetto: Preventivi

Come da Vs gentile richiesta facciamo ns migliore offerta per la fornitura di:

Assistito P.A. N.1 Sedia girevole per vasca riconducibile a sedia doccia cod.09 12 03 003

€.86,00 + iva 4% cad.il pz.

Assistito C.M. N.10 Bavagli copristoma a maglie strette €.6.50 + iva 4% cad.il pz.

Assistito C.M. N.1 Cannula tracheale D.10 in plastica morbida cod.09503003

€. 20,00 + iva 4% cad.il pz.

Assistito S.SN N.25 Bavagli copristoma €.6,50 + iva 4% cad.il pz. ~~€.6,50~~

Assistito M.G. N.10 Bavagli copristoma €.6,50 + iva 4% cad.il pz.

Assistito M.G. N.1 Cannula tracheale D.9 in plastica morbida cod.0901503003

€.20,00 + iva 4% cad.il pz.

Assistito P.M. N.1 Sollevatore per vasca da bagno riconducibile a sollevatore mobile

Cod.123603006 €.630,00 + iva 4% cad.il pz.

Assistito Z.A. N.25 Bavagli copristoma colore blu €.6,50 + iva 4% cad.il pz.

**Certi che la ns offerta sia di Vs gradimento restiamo in attesa di un Vs riscontro e con
l'occasione
porgiamo distinti saluti**

Condizioni :

Iva da applicare:4%

Consegna: 20gg lavorativi data conferma ordine

Validita' offerta: 3 mesi

Lucia Farina

Da: "ortopedia" <ortopediapinna@tiscali.it>
A: "lucia.farina" <lucia.farina@aslolbia.it>
Data invio: lunedì 7 maggio 2007 11.05
Oggetto: Re: trasmissione preventivo

Ortopedia Pinna Leonardo
Sassari-Alghero
tel.fax 079218084

Spett.le Asl di Olbia

Sassari 07.05.07

Con la presente ci preghiamo trasmetterVi la nostra migliore offerta per i seguenti presidi:

n°25 bavagli copristoma col blu :215,00 + iva 4%
n°50 bavagli copristoma (a nido d ape) :425,00 + iva 4%
validità del preventivo 60 giorni
tempi di consegna 15 giorni circa
luogo di consegna :presso nostra sede di sassari
Cordiali saluti

07/05/2007

Responsabilità Civile per i danni arrecati a Terzi, sia nella persona che a cose, da fatto proprio e/o delle persone addette a causa di installazione scorretta o di fornitura di apparecchiature difettose sia per cure ospedaliere che per ospedalizzazione domiciliare. La garanzia è prestata per risarcimenti fino a concorrenza di €. 16.000.000,00.= (sedecimilioni/00) per ogni sinistro, con il limite di €. 2.582.284,50.= (duemilionicinquecentoottantaduemiladuecentoottantaquattro/50) per ogni persona che abbia subito lesioni corporali;

– per la Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro fino a concorrenza di €. 3.098.741,40 (tremilioninovantottomilasettecentoquarantuno/40) per ogni sinistro con il limite di €. 516.456,90.= (cinquecentosedicimilaquattrocentocinquantasei/90) per ogni persona sinistrata;

–per la responsabilità civile per danni provocati a terzi dai prodotti smerciati, con un massimale di €. 16.000.000,00.= (sedecimilioni/00) per sinistro, con il limite di €. 2.582.284,50.= (duemilionicinquecentoottantaduemiladuecentoottantaquattro/50) per ogni persona che abbia subito lesioni corporali.

Si dichiara che l'apparecchiatura offerta è certificata CEE e la classe di appartenenza di cui alla DIR CEE 93/42

CONDIZIONI ECONOMICHE:

n° 1 Apparecchio per aerosol terapia Pari E-FLOW RAPID	595,00+iva 4%
N° 1 Nebulizzatore ad ultrasuoni con regolatore di temperatura del nebulizzato ,allarmi,e filtri antibatterico	1900,00+iva 4%
TOTALE	€ 2495,00+IVA 4%
TOTALE CON IVA 4%	€ 2594,80

In attesa di un Vs. gentile cenno di riscontro in merito, con l'occasione porgiamo i ns. più distinti saluti.

SAPIO L IFE SRL
Servizio Tecnico Commerciale
Diana Gianmario

ARRIVATI (2/3)



56KB



Set caratteri iso-8859-1 *

-- Stationery per Risposta --

SALVATI



◀ 1/3 ▶ -html-

Data: Thu, 26 Apr 2007 12:42:03 +0200 (ora solare Europa occidentale)

Da: "La Sanitaria Vannini" <info@lasanitariavannini.com>

A: "Lucia Farina" <lucia.farina@aslolbia.it>

Oggetto: Re: richiesta preventivo

Tu

Articolo non disponibile

Saluti Lucia vannini

-----Original Message-----

From: Lucia Farina

Date: 23/04/2007 12.16.57

To: info@lasanitariavannini.com

Subject: richiesta preventivo

Sin richiede preventivo per i seguenti ausili: 1 apparecchio aerosol E-FLOW, 1 nebulizzatore ad ultrasuoni antibatterico con regolatore della temperatura del nebulizzatore.

Distinti saluti
giovanna farina
ufficio protesi olbia

Faccine GRATIS per la vostra posta elettronica - da IncrediMail!

[Fare clic qui!](#)



◀ 1/3 ▶

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
Cagliari
S.C. "PEDIATRIA"
Direttore Dott. Paolo Pusceddu

ASSISTENZA INTEGRATIVA
(modello di prescrizione)

Prat. 10564

COGNOME E NOME ASSISTITO LANGIU GIANPAOLA Codice Regionale

Data e luogo di nascita 18.10.1973 OSCHIRI

Indirizzo VIA MOASIGLIOR BUA n° 32 - TEL. 079-734012

Diagnosi circostanziata FIBROSI CISTICA

Presidio proposto

DESCRIZIONE

CODICE TARIFFARIO (se previsto)

- 1) APPARECCHIO PER AEROSOLTERAPIA E-FLOW
- 2) (e' utilizzo di questo apparecchio come
- 3) di effettuare l'aeroterapia da casa
- 4) con farmaci corticosteroidi, broncodilatatori
- 5) con medicinali inalatori da casa con la compressa
- 6) in via inalatoria

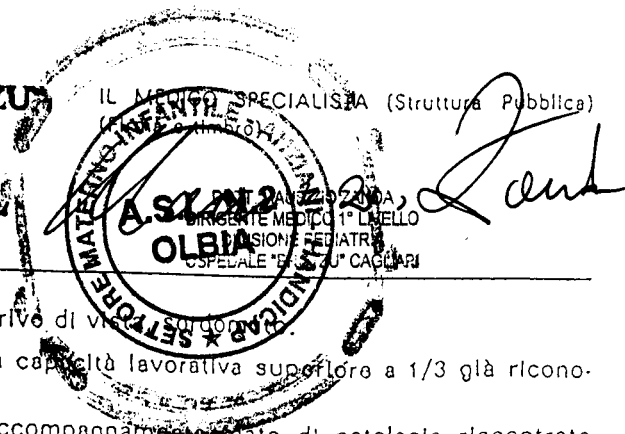
PROGRAMMA TERAPEUTICO (Tempi di impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali controindicazioni - Significato terapeutico e riabilitativo):

AEROSOLTERAPIA QUOTIDIANA PER TUTTA LA VITA

SE TRATTASI DI MINORE ANNI 18: Il richiedere necessita di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente? SI - NO

Data 18.1.2007

Azienda Ospedaliera "G. BROTZU"
Cagliari
S.C. "PEDIATRIA"
Direttore Dott. Paolo Pusceddu



- 1-1 Invalido civile, del lavoro, di guerra, di servizio, privo di validità superiore al 33%
- 1-1 Istante in attesa riconoscimento con riduzione della capacità lavorativa superiore a 1/3 già riconosciuta dalla Commissione medica U.S.L.
- 1-1 Istante in attesa di accertamento per indennità di accompagnamento (data di patologia riscontrata il paziente è da ritenersi totalmente invalido e quindi nelle condizioni previste dall'art. 1 della L. 11.2.1980 N. 18).
- 1-1 Istante entero - urostomizzato.
- 1-1 Data la patologia riscontrata, il paziente risulta portatore di una invalidità superiore al 33% secondo le Tabelle Indicative delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti di cui al D.M. 5.2.1992 N. 43.

Parere favorevole alle forniture

IL MEDICO SPECIALISTA (Struttura Pubblica)
(Firma e timbro)

5381

ASSISTENZA INTEGRATIVA
(modello di prescrizione)

Azienda Ospedaliera "G. BROTTU"
Cagliari
S.C. "PEDIATRIA"
Direttore Dott. Paolo Pusceddu

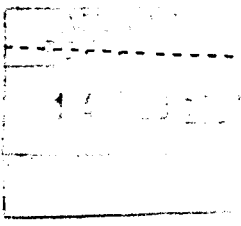
COGNOME E NOME ASSISTITO MARRAS VALENTINA Codice Regionale

Data e luogo di nascita 23/11/90 OLBIA

Indirizzo VIA PETRANCA 37 ANZACHENA (Tel. 049581504)

Diagnosi circostanziata FIBROSI CISTICA

Presidio proposto



15.02.07
8996

DESCRIZIONE

CODICE TARIFFARIO (se previsto)

601.21.01

- 1) NEBULIZZATORE AD ULTRASUONI CON
- 2) ALLARME E FILTRO ANTIBATTERICO MUNITO
- 3) DI REGOLATORE DELLA TEMPERATURA DEL
- 4) NEBULIZZAT.
- 5) _____
- 6) _____

PROGRAMMA TERAPEUTICO (Tempi di impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali contro-indicazioni - Significato terapeutico e riabilitativo):

Aerosolterapia quotidiana con farmaco a un colpo di
e/o broncodilatatori!

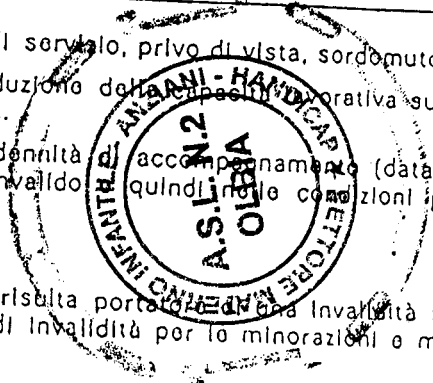
SE TRATTASI DI MINORE ANNI 18: Il richiedere necessita di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente? SI - NO

Data 3/1/2007

Azienda Ospedaliera "G. BROTTU"
Cagliari
S.C. "PEDIATRIA"
Direttore Dott. Paolo Pusceddu

IL MEDICO SPECIALISTA (Struttura Pubblica)
(Firma e timbro)

M. Zanda
DOTT. MAURIZIO ZANDA
MEDICO 1° LIVELLO
DIVISIONE PEDIATRIA
OSPEDALE "BROTTU" CAGLIARI



- Invalide civili, del lavoro, di guerra, di servizio, privo di vista, sordomuto.
- Istante in attesa riconoscimento con riduzione della capacità lavorativa superiore a 1/3 già riconosciuta dalla Commissione medica U.S.L.
- Istante in attesa di accertamento per indennità di accompagnamento (data di patologia riscontrata il paziente è da ritenersi totalmente invalido quindi applicabile le condizioni previste dall'art. 1 della L. 11.2.1980 N. 18).
- Istante entero - urostomizzato.
- Data la patologia riscontrata, il paziente risulta portatore di invalidità superiore al 33% secondo le Tabelle Indicative delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti di cui al D.M. 5.2.1992 N. 43.

Altre 1-3-2007
laure favorevole alle fatture

IL MEDICO SPECIALISTA (Struttura Pubblica)
(Firma e timbro)

12073

Pratica n. _____

Prot. n. _____

ASSISTENZA INTEGRATIVA

(Modello di prescrizione)

1ª Visita

Allegare Certificato di Residenza

TEL-0789-22144

Visita successiva

Cognome e Nome Assistito EMME BACHISIO Cod. Regionale NNRBHS36TZA948V
Data e Luogo di Nascita BOLOGNA 21-12-1936
Indirizzo (Città, via, n.) OLBIA VIA PALERMO 3 Tel. _____
Diagnosi circostanziaria LARINGECTOMIZZATO PORTATORE
DI PROTESI FONATORIA PROVO 2

Presidio proposto

Descrizione

Codice Tariffario
(se previsto)

- | | |
|--|-----------|
| B1) CANNOLA TRACHEALE IN PLASTICA DORBIDA CON MANDRINO M° 10 M ² P. | 091503003 |
| B2) APPARECCHIO ASPIRATORE PER LARINGECTOMIZZATI | 030321 |
| B3) SONDI PER ASPIRAZIONE TRACHEALE (FABBISOGNO ANNUALE) | |
| A4) N°3 PROTESI VOCALI PROVO 2 DA 8mm | 721802 |
| A5) ADESIVI ROTONDI (FABBISOGNO ANNUALE) | 7253 |
| PO FREE HANDS HREC ASSETTE (FABBISOGNO ANNUALE) | 7212 |
| PO BASALI COPRISTOMA IN COTONE A MAGLIERA STRETTE (FABBISOGNO ANNUALE 10 pezzi) | |

Programma terapeutico

(Tempi di impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali controindicazioni - Significato terapeutico e riabilitativo):

A = DELIBERA N° 569/06 DELLA AGG. "LA SANITARIA" 27/7/07
B = DELIBERA N° 568/06 DELLA AGG. "SAPICOLIFE" 27/6/07

Per i minori di anni 18:

il richiedente necessita di intervento di prevenzione, cura, e riabilitazione di una invalidità permanente?

Per i maggiori di anni 18: AUTORIZZAZIONE N° 541 DEL 26-3-07

(Firma dello Specialista solo in caso di risposta alternativa)

N.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:

- 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. 8.7.1992).
- Paziente Allettato

Data 24-2-2007

IL MEDICO SPECIALISTA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 - OLBIA
OSPEDALE CIVILE "PAOLO DETTORI" - TEMPIO P.
Unità Operativa Otorinolaringoiatria
Direttore: Dott. Antonio IMPAGLIAZZO

COPIA PER L'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Uscita 12-3-2007
TIPOGRAFIA BUSSU - OTTANA

Parere favorevole che fruitore

Imp

Presidio Proposto (N.B. BARRARE, nella colonna "Quantità Mensile", le caselle relative al materiale NON prescritto)

Quantità Mensile	Descrizione	Codice Tariffario
n° 6	COTONE	gr. 250
n° 6	COTONE	gr. 500
n° 7	GARZE STERILI	10x10x25
n° 7	GARZE STERILI	18x40x12
n° 7	GARZE STERILI	36x40x12
n° //	BENDE DI GARZA	5x7
n° //	BENDE DI GARZA	5x10
n° //	CEROTTO ANALLERGICO	5x2,5
n° 1	CEROTTO ANALLERGICO	5x5
n° //	CEROTTO ADESIVO SU TELA	5x2,5
n° //	CEROTTO ADESIVO SU TELA	5x5
n° //	CEROTTO TRANS O FLEX ROLL	5x3
n° //	CEROTTO TRANS O FLEX ROLL	5x5
n° //	CATETERE FOLEY A DUE VIE	MAX 2/MESE
n° 25	BAYASLINI COPRISTOMA	
n°		
n°		
n°		
n°		
n°		
n°		
n°		

Programma terapeutico (tempi di impiego parziale o totale)

Per i maggiori di anni 18

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

- 1° Invalido civile 100% / di guerra / di servizio / privo di vista / sordomuto.
- 2° Istante in attesa di riconoscimento con riduzione della capacità lavorativa superiore a 1/3 già riconosciuta dalla Commissione Medica A.U.S.L.
- 3° Istante in attesa di accertamento per indennità di accompagnamento.
- 4° Istante entero-urostomizzato.
- 5° Paziente allettato, incontinenza urinaria e/o fecale stabilizzata.

Data

04/12/06

Il Medico Prescrittore
(Timbro e Firma)

Presidio Ospedale Orton
SERVIZIO DI ORTOPEDIA
Dr. [Firma]

PARERE SANITARIO

Vista la corrispondenza tra prescrizione e ausili codificati nel nomenclatore in relazione alla patologia, si esprime parere:

- Favorevole
- Sfavorevole

Data

4-6-07

Il Dirigente Sanitario

[Firma]

Pratica n. _____

Prot. n. _____

ASSISTENZA INTEGRATIVA

(Modello di prescrizione)

1ª Visita

Allegare Certificato di Residenza

Visita successiva

Cognome e Nome Assistito MUNTONI GIULIAMMI Cod. Regionale MCNT GNM 358036/50X

Data e Luogo di Nascita PEREUSAS 3-9-1935

Indirizzo (Città, via, n.) OLBIA VIA CARO 32 Tel 0789 22981

Diagnosi circostanziaria LARINGECTOMIZZATO

Presidio proposto

Descrizione

Codice Tariffario
(se previsto)

- 1) CANNULA TRACHEALE COM KAMDRINO IN PLASTICA ZORBIDA (2 pezzi) (n° 9) 091503003
- 2) APPARECCHIO ASPIRATORE X LARINGECTOMIZZATO 030321
- 3) APPARECCHIO FONETICO X LARINGECTOMIZZATO 214212003
- 4) BANAGLI COPRISTE A INCOGNIZIONE A UAGLIE STRETTE 10 pezzi (ANNUALE)
- 5) _____
- 6) _____

Programma terapeutico

(Tempi di impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali controindicazioni - Significato terapeutico e riabilitativo):

Per i minori di anni 18:

Il richiedente necessita di intervento di prevenzione, cura, e riabilitazione di una invalidità permanente?

16 FEB 2003
9499

(Firma dello Specialista solo in caso di risposta affermativa)

Per i maggiori di anni 18:

N.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:

- 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. 8.7.1992).
- Paziente Allettato

Data 06-02-2003

IL MEDICO SPECIALISTA
(timbro e firma)

COPIA PER L'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Parere favorevole alle forniture ALB

Pratica n. _____

Prot. n. _____

ASSISTENZA INTEGRATIVA
(Modello di prescrizione)

3332083590

1ª Visita

Visita successiva

Allegare Certificato di Residenza

Cognome e Nome Assistito CARRODDI MARIO Cod. Regionale CRDKRA27525B2461

Data e Luogo di Nascita BUDUSSO 25-11-1927

Indirizzo (Città, via, n.) PADRU VIA CARDUCCI 5 Tel _____

Diagnosi circostanziaria LARINGECTOMIZZATO PORTATORE DI PROTESI FONATORIA PROVOX 2

Presidio proposto

Descrizione

Codice Tariffario
(se previsto)

- 1) CANNULA TRACHEALE IN PLASTICA MORBIDA CON MANICORINO N° 10 (2 pezzi) 091503003
 - A2) APPARECCHIO ASPIRATORE X LARINGECTOMIZZATI 030321
 - 3) BAVAGLI COPRISTORAIN (COTONE ARTIFICIALE STRETTE (10 pezzi fornito a annuale)
 - 4) GARZESTERILI 10x10x25 (DUE SCATOLE)
 - B5) N° 3 PROTESI VOCALI PROVOX DA 8 mm 7218-02
 - B6) N° 36 CONFEZIONI DI ADZSIVI ROTONDI 7253
 - 7) FREE HANDS HRE CASSETTE (FABBISOGNO ANNUALE) 7712
 - B8) HRE CASSETTE (FABBISOGNO ANNUALE) 7240
- Programma terapeutico
(Tempi di impiego parziale o totale - Eventuali controlli - Eventuali controindicazioni - Significato terapeutico e riabilitativo):
- B9) PROVOX SPAZZOLINI 3 confezioni 7204

A = DELIBERA N° 569/06 MITA AGGIUNCAIARIA "SAPIO LIFE"

€ 142,48

Per i minori di anni 18:

il richiedente necessita di intervento di prevenzione, cura, e riabilitazione di una invalidità permanente?

B = DELIBERA N° 569/06 DUA A 66 - "LA SANITARIA"

€ 805,28 8/4

05-03-07

(Firma dello Specialista solo in caso di risposta affermativa)

PROT. 12632

Per i maggiori di anni 18:

N.B. All'attenzione del medico prescrivente: La presente certificazione può essere rilasciata **esclusivamente** che si trovino nelle condizioni sottoelencate

AUTORIZZAZIONE N° 545 DEL 26-3-07

Riportare la dicitura corrispondente allo stato del paziente:



- 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. 8.7.1992).
- Paziente Allettato

Data 02-3-2007

IL MEDICO SPECIALISTA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2 - OLBIA
OSPEDALE CIVILE "PAOLO DETTORI" - TEMPIO P.
Unità Operativa Otorinolaringoiatria
Direttore: Dott. Antonio IMPAGLIAZZO

Oltre 12-3-2007

COPIA PER L'UFFICIO ASSISTENZA PROTESICA

Parere favorevole alle forniture

Als

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA - AZIENDA U.S.L. N. 1 - SASSARI
Settore Assistenza Protesica

Modello di prescrizione specialistica di presidio assistenza Integrativa

Cognome e nome dell'assistito ZINIU ANTONINO
Data e luogo di nascita BERCHIDA MAIO IL 07-10-40
Residente in BERCHIDA via ANTONIO STEFANO DEMOPPI n. 15 tel. 3383852658
Codice Regionale n. _____ Codice fiscale n. ZNTNN40R07A789U
Diagnosi circostanziata Rafinocellula (pi. lavungia domotus)

Descrizione dettagliata del presidio proposto completa di codice tariffario

- 1) BAVAGLI COPR: STOMA A MAGLIA LARGA (BLU)
 - 2) (fori lano locala manobla) 25
 - 3) _____
 - 4) _____
 - 5) _____
 - 6) _____
- DATA 1/03/2002
PROT. N. 14618

Programma terapeutico (tempi di impiego - eventuali controlli; controindicazioni - significato terapeutico e riabilitativo):
e tempo indeterm. nel

Per i minori di anni 18: il richiedente necessita di intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente? SI - NO

Data 01/03/02

Timbro e firma leggibile dello Specialista
Azienda U.S.L. N. 1 Sassari
M. Mele
Dott.ssa Mele Maria Antonietta

Autorizzazione n. _____ del _____

Vista la prescrizione di cui sopra se ne autorizza la fornitura con riserva di proprietà per l'importo di E. _____

Il Dirigente Amministrativo

Il Responsabile del Servizio

Dichiaro di aver ricevuto i presidi sopra e di averli trovati di mio gradimento



Firma dell'assistito o di chi ne fa le veci

Data _____

Collaudo

Timbro e firma leggibile dello Specialista

Data _____

N.B.: per i presidi personalizzati da confezionare su misura deve essere allegata la scheda progetto con sviluppo a codice predisposta da un fornitore convenzionato scelto dall'assistito.