ALLEGATO "A"
ALLA DETERMINA N° 296 DEL 4 MAR. 2014

ASLCagliari

DISTRETTO DI CAGLIARI - AREA VASTA

U.O.C. CURE PRIMARIE - ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA

Protocollo 1722 Data 28/01/2014

AL RESPONSABILE DEL
[redacted]
SEDE

OGGETTO: ASSISTITO [redacted]
NATO IL [redacted]
RESIDENTE 09100 MONSERRATO CA
TELEF. [redacted] **CELLULARE:** [redacted]
COD. FISCALE [redacted]

Il presente allegato è composto di n° 2 **fogli di n°** 2 **pagine.**
Il Responsabile del Servizio Tecnico
(Ing. Massimo Masia)

Vista la prescrizione dello specialista Dott CASTALDI PAOLO del Presidio Ospedaliero P.O. MARINO presentata per l'assistito indicato in oggetto, si autorizza la fornitura Annuale di

PRESIDI AUTORIZZATI ALLA FORNITURA

PR	QTA	DESCRIZIONE PRESIDIO	CODICE	Note	A.M.G.
1	1	VENTILATORE PRESSOMETRICO AUTOSETTANTE S9 RESMED	VEN 01.13.1		
2	1	UMIDIFICATORE	VEN 07.14		
3	1	CIRCUITO PER VENTILATORE COMPATIBILE	VEN 1.4		Mese
4	8	FILTRI ANTIPOLVERE ANTIPOLLINE	FIL. 01.1		Anno
5	6	Maschera OroNasale UltraMirage full face mask , con Valvola Espiratoria	VEN 06.00.6		Anno
6	6	Maschera Nasale Resmed mirage micro con val. espiratoria e	VEN 06.18.		Anno
7	2	BATTERIA RICARICABILE PER VPAP IV ST POWERSTATION	VEN		

Quanto sopra affinché codesto Servizio provveda all'acquisto, alla liquidazione nonché alla distribuzione dei presidi suindicati, all'assistito in oggetto.

Il Dirigente Medico

AZIENDA U.S.L. N° 8 - CAGLIARI
10 FEB. 2014
ENTRATA
SERVIZIO TECNICO

L'operatore Amministrativo

Software Realizzato Da Serafino Anedda - serafo@gmail.com

[redacted]

Servizio Sanitario – Regione Sardegna
Azienda U.S.L. N. 8 di CAGLIARI

Allegato 1° [redacted]

ASISTENZA PROTESICA E INTEGRATIVA
Modello di Prescrizione Specialistica

Assistito

NOME [redacted] COGNOME [redacted] ETA'

Nata a [redacted] il [redacted] C.F. [redacted]

Residente in *MONSERRATO* [redacted] n° [redacted]

VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' E PROGRAMMA RIABILITATIVO

Diagnosi Clinica *INSUFFICIENZA RESPIRATORIA SLA*

Valutazione del deficit *INSUFFICIENZA RESPIRATORIA*

Valutazione funzionale e abilità residue

Valutazione delle attività, azioni da supportare e/o compensare
SUPPORTARE ATTIVITA' RESPIRATORIA

Obiettivi riabilitativi in relazione alla valutazione delle abilità motorie, intellettive e ambientali compatibili con il presidio proposto

Tempi di impiego previsti TOTALE

PRESIDI PROPOSTI

VARIAZIONE

DESCRIZIONE PRESIDIO	COD.TARIFFARIO	COD. ISO	QUANTITA'
VENTILATORE POLMONARE VPAP IV RESMED CON POSSIBILITA' DI VENTILAZIONE ALVEOLARE iVAPS			*1*
POWER STATION II CON CAVO DEDICATO X VPAPIV RESMED			*2*
UMIDIFICATORE DEDICATO X VPAP IV RESMED			*1*
CIRCUITO VENTILATORIO X VPAP IV RESMED			*1 MESE*
FILTRI ANTIPOLVERE/POLLINE X VPAP IV RESMED			*8 ANNO*
MASCHERA NASALE "MIRAGE FX mask Sys – EUR 3 ref. 62102			*6 ANNO*
MASCHERA NASOBOCCA – RESMED FX VENTED full face mask REF 61710 – Mis. M			*6 ANNO*