



ISTITUTO COMPRENSIVO "C. Alvaro"
 87075 TREBISACCE (CS) C.M.: CSIC8A000R – C.F.: 81000370783
 Via G. GALILEI, 35 – Tel. 0981/51280 - Fax 0981/1903163
 e-mail csic8a000r@istruzione.it - csic8a000r@pec.istruzione.it
 sito web: istitutocomprensivotrebisacce.gov.it
 Sede Associata: Albidona



CONTROLLO CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO*

GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____ PROT. N° _____

Ubicazione cassetta _____ Piano _____		1	2
Quantità	Presidi sanitari		
5	Paia di guanti sterili monouso		
1	Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro		
3	Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro -0, 9%) da 500 ml		
10	Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole		
2	Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole		
2	Teli sterili monouso		
2	Pinzette da medicazione sterili monouso		
1	Confezione di rete elastica di misura media		
1	Confezione di cotone idrofilo		
2	Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso		
2	Confezioni di ghiaccio pronto uso		
2	Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari		
2	Rotoli di cerotto alto cm. 2,5		
1	Paio di forbici		
3	Lacci emostatici		
1	Visiera paraschizzi		
1	Termometro		
1	Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa		
1	Elenco dei presidi contenuti		
1	Istruzioni sull'uso dei presidi e dei dispositivi di protezione individuali contenuti		
	La cassetta è segnalata con idoneo cartello?		
Controlli da eseguire			
1 Il materiale è in buono stato di conservazione e integro, i presidi sanitari sono validi (non scaduti) e nel numero prescritto (non è necessaria la sostituzione, aggiunta o reintegrazione del materiale sanitario)?			
2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)			
Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera S in caso di esito positivo, con N in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.			
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> (i presidi vanno reintegrati)			
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo			
Firma del Datore di lavoro, per presa visione			

*Il presente modulo, compilato in tutte le parti, va protocollato e consegnato in segreteria.