

Registro controllo periodico **cassette di pronto soccorso**

Decreto 388/2003

D.Lgs 81/08 e successive modifiche e integrazioni

Registro controllo periodico cassette di pronto soccorso

ANNO SCOLASTICO ____/____

SCUOLA/ISTITUTO _____

INDIRIZZO _____

COMUNE DI _____

DIRIGENTE SCOLASTICO _____

RESPONSABILE REGISTRO _____

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI SETTEMBRE

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	DESCRIZIONE	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI SETTEMBRE

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI OTTOBRE

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	DESCRIZIONE	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI OTTOBRE

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI NOVEMBRE

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	DESCRIZIONE	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI NOVEMBRE

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO NEGATIVO (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI DICEMBRE

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	DESCRIZIONE	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI DICEMBRE

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI GENNAIO

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°		CASSETTA N°		CASSETTA N°		CASSETTA N°		CASSETTA N°		CASSETTA N°	
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI GENNAIO

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI FEBBRAIO

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	Descrizione	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI FEBBRAIO

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI MARZO

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	Descrizione	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI MARZO

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI APRILE

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	DESCRIZIONE	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI APRILE

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI MAGGIO

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	DESCRIZIONE	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI MAGGIO

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI GIUGNO

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	DESCRIZIONE	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI GIUGNO

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI LUGLIO

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	DESCRIZIONE	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI LUGLIO

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA __ / __ / ____ _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI AGOSTO

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO											
N°	DESCRIZIONE	CASSETTA N°									
		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
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.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI AGOSTO

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA ___ / ___ / _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....