

MODULO CONTROLLO PRESIDI SANITARI
CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO N. _____
ANNO _____

Legenda

Firma addetto: <i>Firma leggibile dell'addetto che esegue il controllo</i>	Data controllo: <i>Scrivere la data</i>	Compilazione tabella: <i>indicare con una X</i>
---	--	--

Periodicità delle verifiche: mensile e ogni qualvolta si utilizzi la cassetta di Primo Soccorso

Firma addetto.....									
	Data controllo	--/--/----		--/--/----		--/--/----		--/--/----	
N.	Stato del presidio Contenuto	Conforme	Sostituire / integrare	Conforme	Sostituire / integrare	Conforme	Sostituire / integrare	Conforme	Sostituire / integrare
5	Paia di Guanti sterili monouso								
1	Visiera Paraschizzi								
1	Flac. di soluz. cutanea iodopovidone al 10% di iodio da 1lt								
3	Flac. di soluz. fisiologica (sodio cloruro – 0,9%) 500 ml								
10	Compresse di garze sterili 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	Confezione di cerotti di varie misure pronti all'uso								
2	Rotolo di cerotto alto 2,5 cm								
1	Un paio di forbici								
3	Lacci emostatici								
2	Confezione di ghiaccio pronto uso								
2	Sacchetti monouso per raccolta dei rifiuti sanitari								
1	Termometro								
1	Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa								
1	Libretto con nozioni di Pronto Soccorso								
1	Elenco dei presidi contenuti								
1	Istruzioni sull'uso dei presidi								

Alla data del controllo la cassetta è risultata:

☐ conforme

☐ con necessità di reintegro dei presidi indicati.

Per l'acquisto dei presidi mancanti, una copia del presente modulo è stata consegnato in data _____ a

(Nome Cognome) _____ (Ufficio) _____

All'arrivo del materiale richiesto consegnarlo al Responsabile del controllo presidi sanitari (Nome Cognome)
