**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO**

A.S.

/ \_ MESE DI

**Al Dirigente Scolastico ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO PADULA**

**E p.c. al DSGA, RSPP ed al referente Covid**

Il sottoscritto incaricato alla verifica periodica, delle Cassette di Primo

Soccorso, di codesta Istituzione Sez. , come da Circolare Nr. Prot. del / \_/ ,

è necessario

non è necessario

**Comunica che**

integrare nelle Cassette di Primo Soccorso verificate,il materiale medico-sanitario, di seguito riportato , come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CASSETTE INSTALLATE** **( \_ )** |  | **CASSETTA N. 1** | **CASSETTA N. 2** | **CASSETTA N. 3** | **CASSETTA N. 4** |
| **Piano** |  |  |  |  |  |
| **Ubicazione** |  |  |  |  |  |
| **CONTENUTO PREVISTO**D.M. 388/2003, allegato 1 | **Quantità****Prevista** | **OK** | **M/S** | **OK** | **M/S** | **OK** | **M/S** | **OK** | **M/S** |
| Guanti sterili monouso | (5 paia) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Visiera paraschizzi | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Teli sterili monouso | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pinzette da medicazione sterili monouso | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Confezione di rete elastica di misura media | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Confezione di cotone idrofilo | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Un paio di forbici | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Lacci emostatici | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ghiaccio pronto uso | (2 conf) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Termometro**(\*\*)** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa**(\*\*)** | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CONTENUTO OPZIONALE** | **Quantità** | **OK** | **M/S** | **OK** | **M/S** | **OK** | **M/S** | **OK** | **M/S** |
| Alcol Etilico 750ml | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Acqua Ossigenata 250ml | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

Data Verifica \_/ /

**M/S** - **M**ancante o **S**caduto

**(\*\*) –** controllare il funzionamentoFirma del Verificatore