



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO**

A.S. ____ / ____ MESE DI _____



**Al Dirigente Scolastico ISTITUTO OMNICOMPRESIVO PADULA
E p.c. al DSGA e RSPP**

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. ____ del ____/____/____,

Comunica che

- è necessario
 non è necessario

integrare nelle Casette 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	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
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 ____/____/____

Firma del Verificatore _____

M/S - Mancante o Scaduto
(**) - controllare il funzionamento