

**SCHEDA VERIFICA MENSILE**

**CONTENUTO CASSETTA PRIMO SOCCORSO**

**Incaricato della verifica ……………………………………………**

**Cassetta n. ………………………………………………………………**

**Edificio scolastico……………………………………………………..**

**Collocazione …………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| **CONTENUTO CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO (DM 15 luglio 2003, n° 388)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contenuto** | **Quantità** | **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 10x10 in buste singole. | 10 |  |  |
| Compresse di garza sterile 18x40 in buste singole. | 2 |  |  |
| Teli sterili monouso. | 2 |  |  |
| Pinzette di medicazione sterili monouso. | 2 |  |  |
| Confezione di rete elastica di misura media. | 1 |  |  |
| Confezione di cotone idrofilo. | 1 |  |  |
| Confezione 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 confezioni |  |  |
| Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari. | 2 |  |  |
| Termometro. | 1 |  |  |
| Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa | 1 |  |  |

 \* Esito verifica: indicare **OK**, oppure nella colonna **M/S** indicare la quantità da acquistare perché **M**ancante o **S**caduto

 ***FIRMA DEL RESPONSABILE***  ***DATA***

………………………………………… ………………..………