

VERIFICA CASSETTA PRONTO SOCCORSO

PLESSO: _____

I sottoscritti, in qualità di Responsabile di Plesso e Addetti al Primo Soccorso
dichiarano

di aver preso visione della Cassetta di Pronto Soccorso, di elencarne il contenuto non scaduto e
di richiederne quello mancante, come da tabella sotto riportata.

CASSETTA PRONTO SOCCORSO (indicare la collocazione) _____

Materiale Previsto	Presente	Mancante
Guanti sterili monouso (5 paia)		
Visiera paraschizzi		
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		
Lacci emostatici (3)		
Ghiaccio pronto uso (due confezioni)		
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2)		
Termometro		
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa		

Curinga, li _____

Il Responsabile di Plesso

Gli Addetti al Primo Soccorso
