



ISTITUTO COMPRENSIVO 2 "A. DI CAMBIO" COLLE DI VAL D'ELSA

Via Volterrana, 2 - 53034 Colle di Val d'Elsa - Tel. 0577/920078 Fax 0577/920729

	REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO A.S. _____ / _____ MESE DI _____	
--	---	--

Incaricato (nome e cognome incaricato) _____
 alla verifica periodica delle Cassette di Primo Soccorso (almeno semestrale)
 del seguente Plesso scolastico _____ ,

CASSETTE INSTALLATE → (_)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
Piano									
	Esito della verifica (*)								
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								

* Esito verifica: indicare OK, oppure nella colonna M/S indicare la quantità da acquistare perché mancante o scaduto

** Per gli apparecchi elettronici verificare lo stato e scadenza delle batterie.

Data Verifica / / _____

Firma del Verificatore _____