

 ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE <i>"San Tommaso D'Aquino"</i> Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° grado ad Indirizzo Musicale e secondaria di II grado ad indirizzo I.T.I. – I.T.E – L.A 	Verifica dei materiali e medicinali di primo soccorso	Mod. 01 del 02.09.2024	
		Ed. 01 – rev. 00	Pagina 1 di 2

Registro verifiche periodiche - frequenza mensile - cassette primo soccorso

INCARICATO ALLE VERIFICHE: Firma _____

ANNO

MESE DI:

PLESSO:			
Contenuto	Quantità	OK	M/S
• Guanti monouso	1 pacco		
• Visiera paraschizzi	1		
• Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 250ml	1 flacone		
• Flacone di disinfettante da banco da250ml	1 flacone		
• Flacone di acqua ossigenata da 250ml	1 flacone		
• Crema ematonil (prodotto da banco per contusioni	1 crema		
• Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3 flacone		
• Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 garze		
• Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 garze		
• Confezione di rete elastica di misura media	1 pacco		
• Confezione di cotone idrofilo	1 pacco		
• Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso	1 pacchi		
• Rotoli di cerotto alto cm. 2,5	2 rotolini		
• Un paio di forbici.	1		
• Lacci emostatici	3 lacci		
• Ghiaccio pronto uso (almeno due confezioni).	2 confezioni		
• Teli sterili monouso	2 teli		
• Pinzette da medicazione sterili monouso	2 pinzette		
• Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2 sacchetti		
• Termometro	1 termometro		
• Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa	1 misuratore		

ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE “<i>San Tommaso D’Aquino</i>” Scuola dell’Infanzia, Primaria, Secondaria di 1°grado ad Indirizzo Musicale e secondaria di II grado ad indirizzo I.T.I. – I.T.E – L.A 	Verifica dei materiali e medicinali di primo soccorso	Mod. 01 del 02.09.2024	
		Ed. 01 – rev. 00	Pagina 2 di 2

Esito verifica: indicare **OK** se vi è tutto il materiale, oppure nella colonna **M/S** indicare la quantità da acquistare perché mancante o scaduto.

Registro verifiche periodiche - frequenza mensile - defibrillatore

INCARICATO ALLE VERIFICHE: Firma _____

ANNO

MESE DI:

PLESSO:			
Contenuto	Data di scadenza	OK	KO
• verificare che il LED di Stato (luce verde) il quale indica che il defibrillatore è acceso e funzionante			
• controllare che l'involucro esterno del dispositivo (borsetta rossa) non presenti danni			
• La batteria del defibrillatore ha una scadenza			
• Gli elettrodi del defibrillatore ha una scadenza			
• Controllo di sicurezza premere il pulsante (I) informazione			