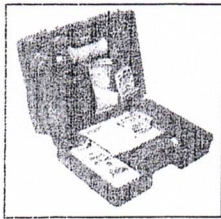


Titolo del documento <b>VERIFICHE CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO</b>	Revisione <b>0.0</b>	Pagina 1 di 1
---	-------------------------	------------------



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE  
CASSETTE PRIMO SOCCORSO**

Per aziende con più di 2 lavoratori

**ITI SOVERIA N.**

ANNO SCOLASTICO  
**2022/23**  
MESE DI:  
**Settembre**

*2023/  
2024*

INCARICATO ALLE VERIFICHE: *Angela Mero - Micolu Torchia*

Cassetta n°	Quantità	CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Ubicazione							
Piano			Piano terra		Piano terra		1° piano
Contenuto	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Visiera paraschizzi	1	OK					
Guanti sterili monouso	5 paia	OK					
Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio	1 litro	OK					
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%)	3 flaconi da 500 ml	OK					
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste		1				
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste	OK					
Teli sterili monouso	2		2				
Pinzette da medicazione sterili monouso	2	OK					
Confezione di rete elastica di misura media	1	OK					
Confezione di cotone idrofilo	1	OK					
Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso	2		1				
Rotoli di cerotto alto cm. 2,5	2	OK					
Un paio di forbici	1	OK					
Lacci emostatici	3	OK					
Ghiaccio pronto uso	2	OK					
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2	OK					
Termometro	1	OK					
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa (**)	1	OK					
Altri presidi (a discrezione del medico)							
Atri presidi FACOLTATIVI: mascherina, lampada emergenza, ecc.							

\* 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.

Firma Incaricato: *Angela Mero*

--	--	--	--