

REGISTRO DI CONTROLLO PERIODICO CASSETTE DI PRONTO SOCCORSO

“IC BATTIPAGLIA SALVEMINI”

VIA RAVENNA ☐

VIA ETRURIA ☐

84091 - BATTIPAGLIA (SA)

Dirigente Scolastico: **Prof. CONCETTA SAVIELLO**

Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione: **Arch. Maiolo Federico**

Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza: **Ins. Boffa Maria Antonietta**

Medico Competente: **Dott. ssa ROSSELLA PANARIELLO**

Referente di plesso:

Addetto al controllo:

ADDETTI PRIMO SOCCORSO:

Come da Organigramma e
Funzionigramma

CONTENUTO DELLA CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO

In ambito aziendale e in ambito scolastico, così come previsto dall' art.45, commi 1 e 2 del D. Lgs. 81/2008, saranno presenti i presidi sanitari indispensabili per prestare le prime immediate cure ai lavoratori feriti o colpiti da malore improvviso. Detti presidi saranno contenuti in una Cassetta di Pronto Soccorso.

Di seguito si riporta l'elenco allegato al decreto stesso:

- 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 (2 confezioni).
- Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2).
- Termometro.
- Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO

UBICAZIONE: _____ **MESE DI:** _____

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO			
N°		CASSETTA	
		1	2
5	Paia di guanti sterili monouso		
1	Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro		
3	Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml		
10	Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole		
2	Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole		
2	Teli sterili monouso		
2	Pinzette da medicazione sterili monouso		
1	Confezione di rete elastica di misura media		
1	Confezione di cotone idrofilo		
2	Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso		
2	Confezioni di ghiaccio pronto uso		
2	Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari		
2	Rotoli di cerotto alto cm. 2,5		
1	Paio di forbici		
3	Lacci emostatici		
1	Visiera paraschizzi		
1	Termometro		
1	Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa		
1	Elenco dei presidi contenuti		
1	Istruzioni sull'uso dei presidi e dei dispositivi di protezione individuali contenuti		
	La cassetta è segnalata con idoneo cartello?		

Controlli da eseguire:

- Il materiale è in buono stato di conservazione e integro, i presidi sanitari sono validi (non scaduti) e nel numero prescritto (non è necessaria la sostituzione, aggiunta o reintegrazione del materiale sanitario)? (SI/NO)
- Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

 Contrassegnare la casella di controllo 1, con **SI** in caso di esito positivo, con **NO** in caso di esito negativo.

Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO DI CONTROLLO ____/____/____

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO: POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

(in caso di esito negativo i presidi devono essere reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente Scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA ____/____/____ (giorno/mese/anno)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo:

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO
UBICAZIONE: _____ **MESE DI:** _____

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO			
N°		CASSETTA	
		1	2
5	Paia di guanti sterili monouso		
1	Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro		
3	Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml		
10	Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole		
2	Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole		
2	Teli sterili monouso		
2	Pinzette da medicazione sterili monouso		
1	Confezione di rete elastica di misura media		
1	Confezione di cotone idrofilo		
2	Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso		
2	Confezioni di ghiaccio pronto uso		
2	Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari		
2	Rotoli di cerotto alto cm. 2,5		
1	Paio di forbici		
3	Lacci emostatici		
1	Visiera paraschizzi		
1	Termometro		
1	Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa		
1	Elenco dei presidi contenuti		
1	Istruzioni sull'uso dei presidi e dei dispositivi di protezione individuali contenuti		
	La cassetta è segnalata con idoneo cartello?		

Controlli da eseguire:

- Il materiale è in buono stato di conservazione e integro, i presidi sanitari sono validi (non scaduti) e nel numero prescritto (non è necessaria la sostituzione, aggiunta o reintegrazione del materiale sanitario)? (SI/NO)
- Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

 Contrassegnare la casella di controllo 1, con **SI** in caso di esito positivo, con **NO** in caso di esito negativo.

Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO DI CONTROLLO ____/____/____

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO: POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

(in caso di esito negativo i presidi devono essere reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente Scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA ____/____/____ (giorno/mese/anno)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo:

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO

UBICAZIONE: _____ **MESE DI:** _____

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO			
N°		CASSETTA	
		1	2
5	Paia di guanti sterili monouso		
1	Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro		
3	Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml		
10	Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole		
2	Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole		
2	Teli sterili monouso		
2	Pinzette da medicazione sterili monouso		
1	Confezione di rete elastica di misura media		
1	Confezione di cotone idrofilo		
2	Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso		
2	Confezioni di ghiaccio pronto uso		
2	Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari		
2	Rotoli di cerotto alto cm. 2,5		
1	Paio di forbici		
3	Lacci emostatici		
1	Visiera paraschizzi		
1	Termometro		
1	Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa		
1	Elenco dei presidi contenuti		
1	Istruzioni sull'uso dei presidi e dei dispositivi di protezione individuali contenuti		
	La cassetta è segnalata con idoneo cartello?		

Controlli da eseguire:

5. Il materiale è in buono stato di conservazione e integro, i presidi sanitari sono validi (non scaduti) e nel numero prescritto (non è necessaria la sostituzione, aggiunta o reintegrazione del materiale sanitario)? (SI/NO)

6. Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con **SI** in caso di esito positivo, con **NO** in caso di esito negativo.

Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO DI CONTROLLO ____/____/____

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO: POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

(in caso di esito negativo i presidi devono essere reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente Scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA ____/____/____ (giorno/mese/anno)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo:

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO

UBICAZIONE: _____ **MESE DI:** _____

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO			
N°		CASSETTA	
		1	2
5	Paia di guanti sterili monouso		
1	Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro		
3	Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml		
10	Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole		
2	Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole		
2	Teli sterili monouso		
2	Pinzette da medicazione sterili monouso		
1	Confezione di rete elastica di misura media		
1	Confezione di cotone idrofilo		
2	Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso		
2	Confezioni di ghiaccio pronto uso		
2	Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari		
2	Rotoli di cerotto alto cm. 2,5		
1	Paio di forbici		
3	Lacci emostatici		
1	Visiera paraschizzi		
1	Termometro		
1	Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa		
1	Elenco dei presidi contenuti		
1	Istruzioni sull'uso dei presidi e dei dispositivi di protezione individuali contenuti		
	La cassetta è segnalata con idoneo cartello?		

Controlli da eseguire:

7. Il materiale è in buono stato di conservazione e integro, i presidi sanitari sono validi (non scaduti) e nel numero prescritto (non è necessaria la sostituzione, aggiunta o reintegrazione del materiale sanitario)? (SI/NO)

8. Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

 Contrassegnare la casella di controllo 1, con **SI** in caso di esito positivo, con **NO** in caso di esito negativo.

Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO DI CONTROLLO ____/____/____

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO: POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

(in caso di esito negativo i presidi devono essere reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente Scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA ____/____/____ (giorno/mese/anno)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo:

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO

UBICAZIONE: _____ **MESE DI:** _____

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO			
N°		CASSETTA	
		1	2
5	Paia di guanti sterili monouso		
1	Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro		
3	Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml		
10	Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole		
2	Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole		
2	Teli sterili monouso		
2	Pinzette da medicazione sterili monouso		
1	Confezione di rete elastica di misura media		
1	Confezione di cotone idrofilo		
2	Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso		
2	Confezioni di ghiaccio pronto uso		
2	Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari		
2	Rotoli di cerotto alto cm. 2,5		
1	Paio di forbici		
3	Lacci emostatici		
1	Visiera paraschizzi		
1	Termometro		
1	Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa		
1	Elenco dei presidi contenuti		
1	Istruzioni sull'uso dei presidi e dei dispositivi di protezione individuali contenuti		
	La cassetta è segnalata con idoneo cartello?		

Controlli da eseguire:

9. Il materiale è in buono stato di conservazione e integro, i presidi sanitari sono validi (non scaduti) e nel numero prescritto (non è necessaria la sostituzione, aggiunta o reintegrazione del materiale sanitario)? (SI/NO)
10. Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

 Contrassegnare la casella di controllo 1, con **SI** in caso di esito positivo, con **NO** in caso di esito negativo.

Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO DI CONTROLLO ____/____/____

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO: POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

(in caso di esito negativo i presidi devono essere reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente Scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA ____/____/____ (giorno/mese/anno)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo:

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO

UBICAZIONE: _____ **MESE DI:** _____

PRESIDI DI PRONTO SOCCORSO			
N°		CASSETTA	
		1	2
5	Paia di guanti sterili monouso		
1	Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro		
3	Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0,9%) da 500 ml		
10	Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole		
2	Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole		
2	Teli sterili monouso		
2	Pinzette da medicazione sterili monouso		
1	Confezione di rete elastica di misura media		
1	Confezione di cotone idrofilo		
2	Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso		
2	Confezioni di ghiaccio pronto uso		
2	Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari		
2	Rotoli di cerotto alto cm. 2,5		
1	Paio di forbici		
3	Lacci emostatici		
1	Visiera paraschizzi		
1	Termometro		
1	Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa		
1	Elenco dei presidi contenuti		
1	Istruzioni sull'uso dei presidi e dei dispositivi di protezione individuali contenuti		
	La cassetta è segnalata con idoneo cartello?		

Controlli da eseguire:

11. Il materiale è in buono stato di conservazione e integro, i presidi sanitari sono validi (non scaduti) e nel numero prescritto (non è necessaria la sostituzione, aggiunta o reintegrazione del materiale sanitario)? (SI/NO)

12. Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con **SI** in caso di esito positivo, con **NO** in caso di esito negativo.

Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO DI CONTROLLO ____/____/____

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO: POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

(in caso di esito negativo i presidi devono essere reintegrati)

Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente Scolastico, unitamente alla relativa scheda.

DATA ____/____/____ (giorno/mese/anno)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo:

.....