***Verificare con cadenza bimensile*** *(e in occasione di un infortunio, se si ha la certezza che il contenuto sia stato alterato)* ***quanto segue:***

* *la presenza dei prodotti per tipologia e quantitativo;*
* *la loro integrità;*
* *le date di scadenza dei prodotti integri.*

***Compilazione tabella:***

*Indicare con una X lo stato di conformità o meno in corrispondenza delle singole voci.*

# INCARICATO ALLE VERIFICHE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In base al D.Lgs. 81/2008 e al D.M. 15 luglio 2003, N. 388 (allegato 1), la cassetta di Pronto Soccorso deve contenere almeno:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Cassetta n°*** | | Data | | Data | | Data | |
| Ubicazione | |  | |  | |  | |
| Piano | |  | |  | |  | |
| ***Contenuto*** | Quantità | **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 confez. |  |  |  |  |  |  |
| Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari | 2 |  |  |  |  |  |  |
| Termometro | 1 |  |  |  |  |  |  |
| Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa (\*\*) | 1 |  |  |  |  |  |  |

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

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