



U.O.: \_\_\_\_\_

Numero cassetta: \_\_\_\_\_

**Modulo di autocontrollo della cassetta di pronto soccorso**

Sede/Luogo di custodia: \_\_\_\_\_

**Stato delle dotazioni**

quantità	Contenuto	normale	anomalo	reintegro
1	Copia Decreto Min 388 del 15.07.03			
5	Paia guanti sterili			
1	Mascherina con visiera paraschizzi			
3	Flaconi soluzione fisiologica sterile 500 ml CE			
2	Flaconi disinfettante 500 ml IODOPOVIDONE al 10% iodio PMC			
10	Buste compressa garza sterile cm 10x10			
2	Buste compressa garza sterile cm 18x40			
2	Teli sterili cm 40 x 60 DIN 13152-BR			
1	Confezione di cotone idrofilo			
2	Pinze sterili			
1	Astuccio benda tubolare elastica			
2	Rocchetti cerotto adesivo m 5x2,5 cm			
2	PLASTOSAN 20 cerotti assortiti			
1	Paio di forbici tagliabendaggi cm 14,5 DIN 58279			
3	Lacci emostatici			
2	ICE PACK Ghiaccio istantaneo			
2	Sacchetti per rifiuti sanitari			
1	Termometro clinico CE con astuccio			
1	Sfigmomanometro PERSONAL con fonendoscopio			
4	Benda m 3,5x10cm orlata			
1	Astuccio PIC 3 : 3 sapone liquido - 3 salviette disinfettanti- 2 salviette ammon.			
1	PINOCCHIO+VENTO kit completo			
1	Coperta Isotermica oro/arg. cm 160x210			
1	Telo triangolare TNT cm 96x96x136			
2	Preparato 3,5 g GEL PER USTIONI sterile			
2	Benda elastica m 4x6 cm DIN 61634			
1	Tampobenda sterile mm 80x100 DIN 13151 M			
1	Istruzioni MULTILINGUA pronto soccorso			

**In caso di anomalia, la dotazione deve essere rimossa e rapidamente reintegrata.**

Per il reintegro della dotazione una copia del presente modulo è stata inviata alla Farmacia Aziendale in:

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

La consegna del materiale va effettuata all'Addetto al Primo Soccorso Sig. ....

Firma leggibile di chi esegue l'autocontrollo:

Firma APS (Addetto Pronto Soccorso)

\_\_\_\_\_