



ISTITUTO COMPENSIVO STATALE
"G.B.ANGIOLETTI"

Via Giovanni XXIII,22 - Villa delle Ginestre - 80059 Torre del Greco (NA)

Tel. 081.883.4623 - Fax 081.883.2671

e-mail: naic8bm00d@istruzione.it - naic8bm00d@pec.istruzione.it

sito web: www.icangioletti.edu.it

Cod. Mecc. NAIC8BM00D - CODICE FISCALE: 94032250634



Registro controllo periodico cassette di pronto soccorso

Decreto Ministeriale 388/2003
Decreto Legislativo 81/08
e successive modifiche e integrazioni
Legge 215/2021

ANNO SCOLASTICO 2024/2025

RESPONSABILE REGISTRO _____

(coordinatore primo soccorso)

A cura del RSPP

Arch. Cristina Magliulo

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Rosaria Lo Priore

Referente Sicurezza Scuola

prof. Daniele Casciello

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI SETTEMBRE

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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

- 1 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)?
- 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI SETTEMBRE

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)

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

DATA __ / __ / ____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI OTTOBRE

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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
 1 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)?
 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI OTTOBRE
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)
Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI NOVEMBRE

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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
 1 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)?
 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI NOVEMBRE
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)
Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI DICEMBRE

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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)?
- Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI DICEMBRE

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO NEGATIVO (i presidi vanno reintegrati)

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

DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI GENNAIO

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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
 1 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)?
 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI GENNAIO
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)
Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI FEBBRAIO

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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
 1 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)?
 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI FEBBRAIO
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)
Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI MARZO

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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
 1 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)?
 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI MARZO
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)
Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI APRILE

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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
 1 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)?
 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI APRILE
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)
Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI MAGGIO

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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
 1 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)?
 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI MAGGIO
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)
Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI GIUGNO

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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
 1 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)?
 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI GIUGNO
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)
Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

CONTROLLO PERIODICO CASSETTA DI PS

MESE DI LUGLIO

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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
 1 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)?
 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI LUGLIO
IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO **NEGATIVO** (i presidi vanno reintegrati)
Si trasmette copia del presente rapporto al Dirigente scolastico, unitamente alla relativa scheda.
DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)
Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

MESE DI AGOSTO

PRESIDI MINIMI DI PRONTO SOCCORSO (PUO' ESSERE INTERGRATO CON ALTRI PRODOTTI AD ESCLUSIONE DI FARMACI)											
N°		CASSETTA N° 1		CASSETTA N° 2		CASSETTA N° 3		CASSETTA N° 4		CASSETTA N° 5	
		1	2	1	2	1	2	1	2	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

- 1 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)?
- 2 Il materiale è insufficiente o scaduto? (indicare il numero)

Contrassegnare la casella di controllo 1, con la lettera **S** in caso di esito positivo, con **N** in caso di esito negativo. Nella casella 2 indicare il numero dei presidi da acquistare o sostituire.

RAPPORTO CONTROLLO MESE DI AGOSTO

IL CONTROLLO HA AVUTO ESITO POSITIVO NEGATIVO (i presidi vanno reintegrati)

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

DATA __ / __ / _____ (giorno/mese/anno e ora)

Firma dell'operatore che ha eseguito il controllo

.....