



REGISTRO CONTROLLI CASSETTA DI PRIMO SOCCORSO e PRESIDI SANITARI

Decreto 388/2003

D.Lgs 81/08 e successive modifiche e integrazioni

ISTITUTO COMPRENSIVO

“ C. GUIDI ”

Azienda:

C.F.: 84000610786 -Sito Web:www.icguidicorigliano.edu.it – e-mail:
csic8ag00g@istruzione.it pec:csic8ag00g@pec.istruzione.it

Attività:

Istruzione Scolastica Scuole Infanzia, Primaria e
scuola Secondaria di Primo Grado

Sede di lavoro

Corigliano-Rossano area urbana di Corigliano
Calabro Scalo

Sede legale:

Coriglaino - Rossano

Il Dirigente scolastico:

Prof.ssa SAPIA SILVANA GIUSEPPINA

Rev.	Pagine/descrizioni delle modifiche	Redatto da	Approvato da	Data
00	00	Emissione precedente	RSPP	D.L.
01	01	Revisione DVR, Integrazione e Aggiornamento	RSPP	D.L. (DS)
02				
03				

Luogo e data : CORIGLIANO_ROSSANO (CS) - 26/09/2022



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. 2022 / 2023

MESE DI SETTEMBRE

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

è necessario

non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. _____ 2022 / 2023

MESE DI **OTTOBRE**

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

- è necessario
 non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. _____ 2022 / 2023

MESE DI NOVEMBRE

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

- è necessario
 non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. _____ 2022 / 2023

MESE DI **DICEMBRE**

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

- è necessario
 non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. 2022 / 2023

MESE DI GENNAIO

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

è necessario

non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. _____ 2022 / 2023

MESE DI **FEBBRAIO**

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

- è necessario
 non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. 2022 / 2023

MESE DI MARZO

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

è necessario

non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. _____ 2022 / 2023

MESE DI **APRILE**

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

- è necessario
 non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. 2022 / 2023

MESE DI MAGGIO

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

- è necessario
 non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. _____ 2022 / 2023

MESE DI GIUGNO

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Cassette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

- è necessario
 non è necessario

integrare nelle Cassette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



A.S. _____

MESE DI _____

Al DS dell' IC C. GUIDI

p.c. al DSGA, RSPP ed ai referenti Covid

Il sottoscritto _____ incaricato alla verifica periodica, delle Casette di Primo Soccorso, di codesta Istituzione Sez. _____, come da Circolare Nr. Prot. _____ del ___/___/_____,

Comunica che

è necessario

non è necessario

integrare nelle Casette di Primo Soccorso verificate, il materiale medico-sanitario, di seguito riportato, come previsto dal D.M. 388/2003, allegato 1.

CASSETTE INSTALLATE → (___)		CASSETTA N. 1		CASSETTA N. 2		CASSETTA N. 3		CASSETTA N. 4	
		OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Piano									
Ubicazione									
CONTENUTO PREVISTO D.M. 388/2003, allegato 1	Quantità Prevista	OK	M/S	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 litro								
Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml	3								
Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole	10 buste								
Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole	2 buste								
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 conf)								
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2								
Termometro(**)	1								
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa(**)	1								
CONTENUTO OPZIONALE	Quantità	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S	OK	M/S
Alcol Etilico 750ml	1								
Acqua Ossigenata 250ml	1								

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

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

Data Verifica ___/___/_____

Firma del Verificatore _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



RAPPORTO CONTROLLO MESE DI

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

.....



REGISTRO CONTROLLI PERIODICI PRESID SANITARI

Il presente "REGISTRO DEI CONTROLLI PERIODICI DEI PRESID SANITARI" deve essere tenuto aggiornato con cadenza semestrale e reso disponibile in occasione dei controlli degli Organi di Vigilanza.

Nel registro sono presenti il modulo per la registrazione dei controlli sul contenuto della cassetta di primo soccorso, l'elenco del contenuto della stessa e la scheda di richiesta di ripristino.

La compilazione del presente registro viene concordata tra l'Istituto e i Responsabili della cassetta di primo soccorso (il titolare e il sostituto) designati, che firmano per assunzione di responsabilità sulle modalità di registrazione e utilizzo dello stesso.

Ogni anno, ad inizio anno scolastico, Il Dirigente Scolastico (in qualità di Titolare dell'attività) e i Responsabili della cassetta di primo soccorso, sottoscriveranno il presente registro, assumendo la responsabilità di compilazione. Si tratta di verifiche semplici, di tipo ordinario.

Ogni cassetta di Pronto Soccorso, (opportunamente segnalata e dotata di chiusura) deve essere posizionata a muro. Deve essere adeguatamente custodita in un luogo facilmente accessibile ed individuabile. Deve essere inoltre facilmente asportabile in caso di intervento.

Anno Scolastico	Dirigente Scolastico	Responsabile cassetta primo soccorso	Responsabile cassetta primo soccorso (Sostituto)
2021/2022	Nome SAPIA SILVANA Firma _____	Nome _____ Firma _____	Nome _____ Firma _____
2022/2023	Nome SAPIA SILVANA Firma _____	Nome _____ Firma _____	Nome _____ Firma _____
2023/2024	Nome _____ Firma _____	Nome _____ Firma _____	Nome _____ Firma _____



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



DISTRIBUZIONE E UBICAZIONE CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO

PIANO	UBICAZIONE	NUMERAZIONE	Note
2022-23			
2023-24			
2024-25			

ELENCO PRESIDI SANITARI IN DOTAZIONE ALLA CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO

Allegato 1 del D.Lgs. 388/2003,

DESCRIZIONE	QUANTITA'
Paia di Guanti sterili monouso	5
Visiera para schizzi	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
Confezioni di Ghiaccio pronto uso	2
Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari	2
Termometro	1
Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa	1



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



VERIFICA CONTENUTO CASSETTA PRONTO SOCCORSO

Tipologia: *Cassetta/Contenitore con elenco del contenuto riportato all'interno*

Verifica effettuata da: *Responsabile Cassetta di primo soccorso Titolare e Sostituto*

Check list : *Compilare scheda prevista nel Registro per la verifica contenuto*

Scheda richiesta materiale: *Compilare e trasmettere in segreteria per acquisto*

Periodicità della Verifica: *DA COMPILARE VERIFICARE ALMENO OGNI 6 MESI*

	Data	Responsabile verifica	Esito	Firma	Note
1			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
2			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
3			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
4			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
5			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
6			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
7			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
8			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
9			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		
10			<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo		

PROCEDURA DI VERIFICA: verificare la presenza, lo stato di conservazione e il contenuto della cassetta di primo soccorso.

NOTE:.....



**REGISTRO VERIFICHE PERIODICHE
CASSETTE DI PRIMO SOCCORSO
I.C. C. GUIDI**



SCHEDA RICHIESTA MATERIALE CASSETTA PRIMO SOCCORSO

Prot. n. _____ del _____

**Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo
"C. GUIDI"**

Oggetto: Richiesta reintegro materiale e relazione sugli interventi effettuati, ai sensi del Decreto Legislativo 9 Aprile 2008 n. 81 e s.m.i..

SI CHIEDE

- il reintegro a seguito di utilizzazione ed esaurimento del seguente materiale;
- il reintegro a seguito di scadenza del seguente materiale mai utilizzato;
- il reintegro a seguito di mal funzionamento del seguente materiale;

elenco materiale:

- n° guanti sterili;
- n° mascherina con visiera para schizzi;
- n° flaconi di soluzione fisiologica sterile da 500 ml;
- n° flaconi di disinfettante da 500 ml IODOPOVIDONE al 10% iodio PMC;
- n° buste di compressa garza sterile cm 10 x 10;
- n° buste di compressa garza sterile cm 18 x 40;
- n° teli sterili cm 40x60 DIN13152-BR;
- n° pinze sterili monouso;
- n° confezione di cotone idrofilo;
- n° astuccio benda tubolare elastica;
- n° confezioni PLASTOSAN da 10 cerotti assortiti;
- n° rocchetti di cerotto adesivo m 5 x 2,5 cm;
- n° forbici taglia bendaggi cm 14,5 DIN 58279;
- n° lacci emostatici;
- n° ICEPACK ghiaccio istantaneo monouso;
- n° sacchetti per rifiuti sanitari;
- n° termometro clinico CE con astuccio;
- n° sfigmomanometro PERSONAL con fonendoscopio.

Il Responsabile della cassetta di Primo soccorso
(Nome e Cognome)