

Modulo **Check-list controllo mensile carrello di emergenza**ed. 1 rev. 00  
14 aprile 2014

Unità Operativa \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

**Ripristinare prontamente ogni farmaco/presidio in scadenza**

Mese	Farmaco e data di scadenza	Test tenuta Ambu		Test laringo		Data Firma IP	Data Firma CI
		F	NF	F	NF		
Gennaio							
		F	NF	F	NF		
Febbraio							
		F	NF	F	NF		
Marzo							
		F	NF	F	NF		
Aprile							
		F	NF	F	NF		
Maggio							
		F	NF	F	NF		
Giugno							
		F	NF	F	NF		



Modulo

Check-list controllo mensile carrello di emergenza

ed. 1 rev. 00  
14 aprile 2014

Mese	Farmaco e data di scadenza	Test tenuta Ambu		Test laringo		Data Firma IP	Data Firma CI
		F	NF	F	NF		
Luglio		F	NF	F	NF		
Agosto		F	NF	F	NF		
Settembre		F	NF	F	NF		
Ottobre		F	NF	F	NF		
Novembre		F	NF	F	NF		
Dicembre		F	NF	F	NF		