

Modulo

Check-list controllo mensile del carrello di emergenza

ed. 1 rev. 00
 9 maggio 2025

Unità Operativa _____ Anno _____

Mese e anno	Farmaco/ Dispositivo Medico sostituito e data di scadenza	Test tenuta Ambu		Test Laringo		Data Firma Inf.	Data Firma C.I.
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 del carrello di emergenza

ed. 1 rev. 00
 9 maggio 2025

Mese e anno	Farmaco/ Dispositivo Medico sostituito e data di scadenza	Test tenuta Ambu		Test Laringo		Data Firma Inf.	Data Firma C.I.
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		

F= Funzionante, NF = Non funzionante.

Ripristinare prontamente ogni farmaco/presidio in scadenza nei tre mesi successivi e gli eventuali dispositivi non funzionanti.

