

Check-list controllo mensile dello zaino MET per la gestione avanzata delle vie aeree

Unità Operativa _____ Anno _____

Zaino MET n. _____

| Mese e anno | Data | Dispositivo Medico sostituito e data di scadenza | Funzionamento Laringoscopia | | Firma Infermiere |
|-------------|------|--|-----------------------------|----|------------------|
| Gennaio | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Febbraio | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Marzo | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Aprile | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Maggio | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Giugno | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



Check-list controllo mensile dello zaino MET per la gestione avanzata delle vie aeree

| Mese e anno | Data | Dispositivo Medico sostituito e data di scadenza | Funzionamento Laringoscopio | | Firma Infermiere |
|-------------|------|--|-----------------------------|----|------------------|
| Luglio | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Agosto | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Settembre | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Ottobre | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Novembre | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Dicembre | | | F | NF | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

N.B.: F = Funzionante; NF = Non funzionante

