AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana **S.C. Medicina Interna** **H Valle del Serchio**	**VERIFICA GIORNALIERA CARRELLO URGENZA**	**MR MGB 038** **Rev. 0** **del 08/08/2016** **Pag. 1 di 2**

Anno_____Mese_____Sede_____

DATA	ACCESSORI CARRELLO EMERGENZA						
	ASPIRATORE **N° inv.** --- **Verifica funzionalità**	**BOMBOLA O2** **Verifica funzionalità e riserva**	**DEFIBRILLATORE** **N° inv.** --- **Verifica funzionalità**	**Verificadisponibilità DPI** **Guanti** **Occhiali** **Camice monouso** **Varie**	**Verifica** **Integrità Sigillo**	**Disponibilità adrenalina in frigo**	**Sigla Operatore**
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Anno_____Mese_____Sede_____

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana **S.C. Medicina Interna** **H Valle del Serchio**	**VERIFICA GIORNALIERA CARRELLO URGENZA**	**MR MGB 038** **Rev. 0** **del 08/08/2016** **Pag. 2 di 2**

DATA	ACCESSORI CARRELLO EMERGENZA						
	ASPIRATORE **N° inv.** **----------** **Verifica funzionalità**	**BOMBOLA O2** **Verifica funzionalità e riserva**	**DEFIBRILLATORE** **N° inv.** **----------** **Verifica funzionalità**	**Verificadisponibilità DPI** **Guanti** **Occhiali** **Camice monouso** **Varie**	**Verifica** **Integrità Sigillo**	**Disponibilità adrenalina in frigo**	**Sigla Operatore**
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							