SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

ASLSanluri

PROCEDURA OPERATIVA

# GESTIONE DEL CARRELLO PER L'EMERGENZA

Destinatari :Unita' Operative Ospedaliere

Servizi Ambulatoriali Ospedalieri e Territoriali

Redatori del P.O. :Carta Maurizio, Infermiere UO Medicina

Cara Sandra, C. Infermieristico P.S.

Dott.ssa Canavero Mariella, Resp. ff Struttura Trasfusionale

Dott. Schirru Gian Paolo, P.S.

## Elenco emissioni/Approvazioni/Revisioni

| | Autorizzazioni | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Redazione | | Verifica | | Approvazione | |
| REV 0.0 | Data: 15/01/2013 | Dip.Medicina Dip. Servizi Gruppo A, Gestione Rischio Clinico | Data: 15/01/2013 | Resp. Gestione Rischio Clinico | Data: 15/01 2013 | Direzione Sanitaria Generale |
| 0.1 | 20/05/2014 | | 27/05/2014 | | 27/05/2014 | |

Destinatari :Unita' Operative Ospedaliere

Servizi Ambulatoriali Ospedalieri e Territoriali

## SOMMARIO


- Scopo, Obiettivo.....Pag 4
- Campo di applicazione.....Pag4
- Riferimenti normativi e documentali.....Pag 4
- Abbreviazioni.....Pag 5
- Matrice delle responsabilita'.....Pag 5
- Processo/Modalita' operative.....Pag 6-7-8-9
- Controlli di operativita' dei carrelli di emergenza.....Pag 10
- Check Control( con DAE ).....Pag 11
- Check Control ( con Defibrillatore convenzionale ).....Pag 12
- Griglia di verifica manutenzione del carrello per l'emergenza, ...**allegato 1**.....Pag 13
- Griglia di controllo mensile scadenze farmaci e presidi, **allegato 2**.....Pag 14
- Verifica quotidiana dei defibrillatori, .....**allegato 3**.....Pag 15
- CHECK Defibrillatore, griglia.....**allegato 4**.....Pag 16

## SCOPO/OBIETTIVO

Descrizione delle modalita' di gestione e manutenzione del carrello per l'emergenza.

## OBIETTIVI SPECIFICI

1. Rendere disponibili e prontamente utilizzabili tutti quei farmaci e presidi sanitari che sono ritenuti indispensabili per affrontare correttamente la situazione di urgenza ed emergenza
2. Uniformare la dotazione e la disposizione di farmaci e presidi nei carrelli per l'emergenza delle UO e/o servizi dell'Azienda Sanitaria Locale 6 Sanluri
3. Elaborazione di una griglia di verifica ( Check-Control ) dei farmaci e dei presidi medico-chirurgici del carrello per le emergenze e loro disposizione
4. Ridurre il rischio di ritardi associati a*malpractice*( mancato funzionamento delle apparecchiature elettromedicali ... ), utilizzando le migliori evidenze disponibili per la gestione e manutenzione del carrello per le emergenze

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le Unita' Operative e servizidell' Azienda Sanitaria Locale 6 Sanluri

## RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

| | | |
|---|---|---|
| ILCOR<br>International Liaison Committee on Resuscitation | LineeGuida<br>AHA-ILCOR | 2010 |
| Nota Aziendale ASL 6 | Manutenzione e provaDefibrillatori | |

## ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

| | |
|---|---|
| **U.O** | Unita' Operativa |
| **Cp** | Compresse |
| **Fl** | Fiale |
| **DAE** | DefibrillatoreAutomaticoEsterno |
| **RCP** | Rianimazione Cardio-Polmonare |

## MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

| AZIONE | Coordinatore | Infermiere | Operatores.s. |
|---|---|---|---|
| ControllofunzionamentoDefibrillatore | **R** | **R** | |
| Controllofarmaci e presidi | **R** | **R** | |
| Controlloscadenzefarmaciepresidi | **R** | **R** | |
| Riordino material,farmaci e presidi | **C** | **R** | **C** |
| Pulizia delle piastre e del carrello | **C** | **R** | **R** |
| Richiesta farmaci e presidi | **R** | **C** | |
| Richiesta in caso di malfunzionamento app.elettromedicali | **R** | **R-C** | |

**R** = RESPONSABILE

**C** = COINVOLTO

## PROCESSO/MODALITA' OPERATIVE

I carrelli per l'emergenza sono ubicati, di norma, nel locale "Medicheria" dell'Unita' Operativa e, comunque, locati presso apposite aree opportunamente identificate come da planimetria allegata e segnalati con apposita segnaletica verticale ( bandierina e cartello ), riportante la scritta " carrello dell'emergenza"

**STRUTTURA DEL CARRELLO PER L'EMERGENZA**

1. **Astasostegnoflebo**
2. **Vassoioportadefibrillatore**
3. **Piano di lavoro con pannello a scomparsa**
4. **Tasca basculante**
5. **Tasca basculante**
6. **Tasca basculante**
7. **Cestello rifiuti**
8. **Porta aspiratore**
9. **Ripiano retraibile**
10. **Primo cassetto**
11. **Secondo cassetto**
12. **Terzo cassetto**
13. **Quarto cassetto**
14. **Serraggio di sicurezza**

## 1-DOTAZIONI

- DEFIBRILLATORE
- SATURIMETRO
- ASPIRATORE
- PALLONE AUTOESPANSIBILE COMPLETO DI RESERVOIR
- BOMBOLA DI O2 DA L.3 CON RIDUTTORE DI PRESSIONE E FLUSSIMETRO DI EROGAZIONE CON RACCORDO STANDARD PER O2

## 2-DEFIBRILLATORE

- Il defibrillatore collocato nella superfice d'appoggio N°2 del carrello, deve restare costantemente in carica e in area nota, accessibile e facilmente identificabile sia che si tratti di defibrillatore convenzionale sia DAE.
- L' allestimento del carrello per l'emergenza deve essere uguale per tutte le UU.OO. sia per assicurare una tempestiva identificazione dei farmaci e presidi, sia per sopperire alle difficolta' legate al turn over del personale.
- La verifica della funzionalita' degli apparecchi e' prevista quotidianamente attraverso la griglia di check control.
- Il Coordinatore Infermieristico dell' U.O., essendo il referente per la gestione dell' apparecchio, ha il compito di fornire ai colleghi neo assunti e/o trasferiti da altra struttura nella propria U.O., l'addestramento necessario sul posto di lavoro ( training on the job ), che consiste nel rendere edotti, quindi spiegare ed illustrare le modalita' operative, ritmi di lavoro, precauzioni e raccomandazioni.

## 3-MANUTENZIONE DEL DEFIBRILLATORE

- Controllo personale del defibrillatore
- Controllo della presenza delle piastre
- Utilizzo del Check Control quotidianamente, sulla base del defibrillatore in dotazione
- Controllo di manutenzione come da raccomandazioni del produttore
- Controllo annuale a cura dell'ufficio gestione tecnica

## 4-PRECAUZIONI D'USO DEL DEFIBRILLATORE

- Allontanare le fonti di O2 per evitare rischi di esplosione
- Allontanarsi per le comunicazioni radio e telefoniche; sebbene non ci siano evidenze disponibili circa le interferenze, non si possono escludere con

assoluta certezza interferenze di funzionamento fra defibrillatore e apparecchi radio e telefonia mobile

- Togliere dall'area del defibrillatore, in caso di presenza, i cerotti alla nitroglicerina per pericolo di esplosioni

## 5-DOCUMENTAZIONE UTILE

Ogni U.O. deve essere in possesso, per tutte le apparecchiature elettromedicali e tecnico-economali di:

- Libretti d'uso e manutenzione che sono "parte integrante" dell'apparecchiatura stessa ( in madrelingua )
- Lettera attestante l'effettuazione del collaudo con il "benestare all'uso" dell'unita' gestione tecnica
- Documentazione relativa alle manutenzioni preventive

## 6-FORMAZIONE DEL PERSONALE UTILIZZATORE

- E' obbligo che tutto il personale sanitario abbia ricevuto una formazione specifica nelle attivita' di rianimazione cardio-polmonare
- Accanto all'eventuale supporto fornito dalla Ditta Fornitrice degli apparecchi sull'aspetto tecnico, e' opportuno prevedere corsi di formazione/aggiornamento aventi lo scopo di informare sia sull'aspetto formativo sia sul ruolo infermieristico nella gestione del carrello di emergenza

## 7-ECCEZIONI

- In caso di disfunzione e malfunzionamento del defibrillatore, inoltrare richiesta di riparazione urgente all'unita' di gestione tecnica: nella documentazione clinico-assistenziale deve risultare l'evidenza oggettiva della registrazione e richiesta inoltrata. Allontanare il defibrillatore dal carrello per l'emergenza e apporre cartello di fuori uso sul defibrillatore.

- In caso di riparazione contattare la ditta produttrice che a riparazione avvenuta, fornira' certificazione d'uso, la quale dovra' essere conservata per eventuali controlli dal coordinatore dell' U.O.

## 8-FARMACI E PRESIDI

La conservazione dei farmaci deve avvenire in modo appropriato. Le principali precauzioni sono:

- Conservare i farmaci nella loro confezione originale: in questo modo, insieme alla singola dose di farmaco (piu' difficilmente scambiabile per un'altra), e' conservato il foglietto illustrativo ed e' segnalata la data di scadenza del prodotto, oltre la quale il farmaco deve essere eliminato.
- Conservare i farmaci in luogo lontano da fonti di calore e non esposto direttamente alla luce. Molti principi attivi possono perdere la loro efficacia a causa della loro termosensibilita' e/o fotosensibilita'.
- Conservare i farmaci in luogo asciutto e a temperatura ambiente, in ogni caso a temperature inferiori a 30° ad eccezione di eventuali esplicite raccomandazioni di conservazione descritte sulla confezione del prodotto stesso.

Per quanto riguarda i presidi, sono conservati in ambiente asciutto ed al riparo da fonti luminose. Le confezioni devono essere integre e devono apparire ben visibili il numero del lotto e la data di scadenza.

>

## CONTROLLI DI OPERATIVITA' DEL CARRELLO PER L'EMERGENZA

La responsabilita' dei controlli e, conseguentemente, della funzionalita' del carrello per l'emergenza e del suo contenuto in farmaci, presidi e dotazioni elettromedicali, e' da attribuirsi all'infermiere preposto, secondo l'organizzazione interna dell'U.O., dal Coordinatore Infermieristico ove il carrello e' ubicato.
I controlli devono essere eseguiti utilizzando :

- Check list relativa alla presenza/assenza e scadenza di presidi e farmaci previsti
- Verifica di operativita' delle apparecchiature elettromedicali presenti

## PERIODICITA'

- Dopo ogni utilizzo
- Giornaliero
- Mensile
- Annuale

Il carrello per l'emergenza e' dotato di **sigilli** a garanzia dell'integrita'efunzionalita' del contenuto, per tale motivo, al controllo visivo giornaliero, e' imposto il controllo della check qualora si ravvisasse la non integrita' dei sigilli.

La **Check Control**( griglia di controllo ) e' fondamentale per la riduzione/contenimento di tutti quei eventi avversi conseguenti all'ineguatezza delle procedure e/o modelli organizzativi. La check control deve essere eseguita mensilmente dal personale infermieristico a rotazione mensile con programmazione annuale da parte del Coordinatore.

Il reintegro dei dispositivi medici deve avvenire subito dopo l'utilizzo ed ogni qualvolta alla verifica si rileva materiale di prossima scadenza e/o a confezione non integra.

## > CHECK CONTROL

Per le UU.OO. dotate di carrello per l'emergenza con DAE

DOPO OGNI UTILIZZO

- Controllo della Check list sulle dotazioni di farmaci, presidi ed elettromedicali;
- Reintegro delle scorte per ciascuna voce;
- Fissaggio dell'apposito sigillo;
- Verifica del livello di pressione della bombola O2 e valutazione della sua sostituzione ( quando la pressione di esercizio e'< di 50 atm.) ;
- Firma di avvenuta verifica sull'apposito modulo di revisione routinaria.

OGNI GIORNO

Se risulta presente ed integro il sigillo, controllare la presenza/assenza delle dotazione di presidi ed elettromedicali previste dalla check list

- Verificare che le apparecchiature poste sotto carica presentino tutte le spie di connessione e ricarica accese;
- Per il defibrillatore eseguire il test di funzionalita', la stampa del report deve essere firmata dall'infermiere, spillata sul retro delle revisioni routinarie e mantenuta in archivio per 1 anno;
- Sconnettere da rete l'aspiratore ed eseguire il test di funzionamento;
- Verificare la pressione della bombola di O2 e richiedere sostituzione se la pressione e' minore di 50 atmosfere;
- Firma di verifica sull'apposito modulo. Se si rileva qualche malfunzionamento, segnalare la non operativita' al Coordinatore.

MENSILE

- Dopo un mese dall'ultima revisione, verra' rimosso il sigillo e verificata la dotazione e le scadenze delle singole voci della Check list;
- Firma di avvenuta verifica sull'apposito modulo

ANNUALE

> ➢ Verificare le scadenze annuali di verifica delle app.re elettromedicali

**CHECK CONTROL**

Per le UU.OO. dotate di carrello per l'emergenza con Defibrillatore convenzionale

DOPO OGNI UTILIZZO

- ➢ Controllo della Check list sulle dotazioni di farmaci, presidi ed elettromedicali;
- ➢ Reintegro delle scorte per ciascuna voce;
- ➢ Fissaggio dell'apposito sigillo;
- ➢ Verifica del livello di pressione della bombola O2 e valutazione della sua sostituzione ( quando la pressione di esercizio e'< di 50 atm.) ;
- ➢ Firma di avvenuta verifica sull'apposito modulo di revisione routinaria.

OGNI GIORNO

- ➢ Verifica della presenza della spia lampeggiante a forma di clessidra nel display in alto a destra del defibrillatore, se invece e' presente una x rossa, segnalare la non operativita' al Coordinatore;
- ➢ Verificare che le apparecchiature poste sotto carica presentino tutte le spie di connessione e ricarica accese;
- ➢ Sconnettere da rete l'aspiratore ed eseguire il test di funzionamento;
- ➢ Verificare la pressione della bombola di O2 e richiedere sostituzione se la pressione e' minore di 50 atmosfere;
- ➢ Firma di verifica sull'apposito modulo. Se si rileva qualche malfunzionamento, segnalare la non operativita' al Coordinatore.

MENSILE

- ➢ Dopo un mese dall'ultima revisione, verra' rimosso il sigillo e verificata la dotazione e le scadenze delle singole voci della Check list;
- ➢ Firma di avvenuta verifica sull'apposito modulo.

ANNUALE

> ➢ Verificare le scadenze annuali di verifica delle app.re elettromedicali

**CHECK CONTROL** **allegato 1**

| GRIGLIA DI VERIFICA MANUTENZIONE DEL CARRELLO PER L'EMERGENZA<br><br>DATA___/____/_____ ORA_____ Cognome Nome_____ | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Azioni | | Motivazioni | Firma |
| | SI | NO | | |
| Verifica Check List | | | | |
| Test Defibrillatore | | | | |
| Test Aspiratore | | | | |
| Verifica Bombola O2 | | | | |

NB : da redare quotidianamente e dopo ogni utilizzo

**CHECK CONTROL** **allegato 2**

| GRIGLIA DI CONTROLLO MENSILE SCADENZE FARMACI E PRESIDI | |
|---|---|
| Data ___/____/_____ Ora _____ Cognome _____ Nome_____ | |
| **FIRMA** DI CHI EFFETTUA IL CONTROLLO : | |
| 1. Controllo presenza farmaci, mensilmente | In caso di non presenza di un farmaco, indicare tipologia e posologia |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 2. Controllo scadenze dei farmaci e presidi del carrello per le emergenze, mensilmente | In caso di farmaco scaduto, allontanarlo dal carrello, segnalare tipologia e posologia ed effettuare immediata restituzione al Servizio Farmacia |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

NB : da redare Mensilmente

**VERIFICA QUOTIDIANA DEI DEFIBRILLATORI** **allegato 3**

| Operazione | Periodicita' | | |
|---|---|---|---|
| | Quotidiana | Dopo l'uso | Se occorre |
| Ispezione del Defibrillatore | X | X | X |
| Controllare che il Defibrillatore (quando non utilizzato) sia sempre collegato alla rete elettrica nonche' le batterie siano sotto carica | X | | |
| Controllare il funzionamento eseguendo la prova utente (test di scarica secondo quanto prescritto dal costruttore ed indicato nel manuale utente)<br>Conservare la stampa dell'ECG su cui e'registrato l'esito della prova | X | | |
| Pulizia del Defibrillatore soprattutto delle piastre | | X | X |
| Controllo della presenza di tutte le forniture ed accessori necessari, ad esempio batterie completamente scariche, gel, elettrodi, carta per gli ECG, ecc.... | X | X | X |

>

**CHECK UP DEFIBRILLATORE** **allegato 4**

| GESTIONE QUOTIDIANA DEL DEFIBRILLATORE | Azioni SI | NO | Note e commenti | firma |
|---|---|---|---|---|
| FUNZIONE DI AUTOTEST : Verifica scarica-Verifica batteria-Verifica che l'apparecchio sia in carica-Verifica allarmi | | | | |
| Ricerca crepe sul defibrillatore | | | | |
| Ricerca cavi rotti o danneggiati | | | | |
| Ricerca eventuale danneggiamento dei connettori | | | | |
| Valutazione di corretto inserimento dei connettori | | | | |
| Valutare che l'ora riportata sul monitor equivalga al reale | | | | |
| **Data** | **Ora** | | **Cognome** | **Nome** |

**NB : da redare quotidianamente e dopo ogni utilizzo**

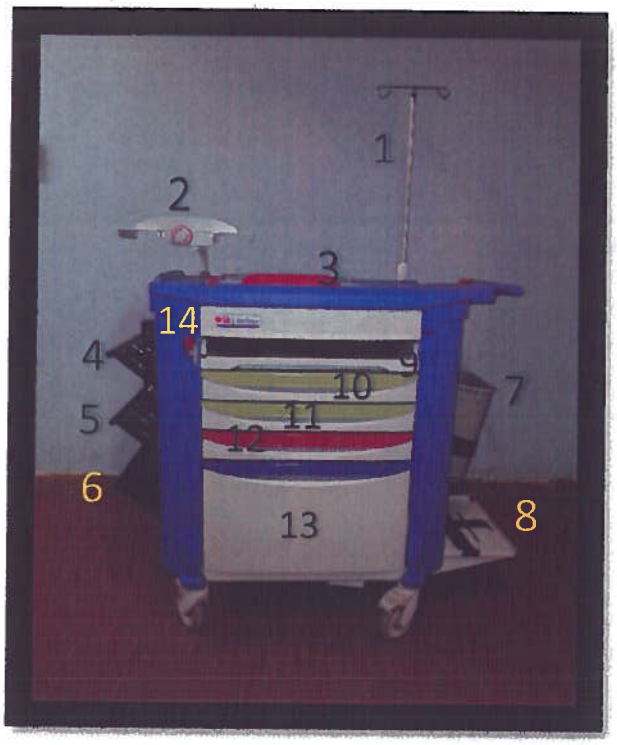
## > CHECK UP ASPIRATORE

**allegato 5**

| GESTIONE QUOTIDIANA DELL'ASPIRATORE | Azioni SI | NO | Note e commenti | firma |
|---|---|---|---|---|
| Controllare Pulizia | | | | |
| Controllare rotture nel cavo di alimentazione | | | | |
| Controllare rotture nell'aspiratore | | | | |
| Controllare che l'aspiratore di accenda | | | | |
| Controllare che il tubo di aspirazione sia connesso | | | | |
| Controllare che occludendo il tubo di aspirazione si produca una pressione di 300 mmHg | | | | |
| **Data** | **Ora** | | **Cognome** | **Nome** |

**NB : da redare quotidianamente e dopo ogni utilizzo**

# Struttura del carrello per l'emergenza



CHECK LIST

# CARRELLO PER L'EMERGENZA

allegato 6

## PIANO SUPERIORE CON PANNELLO A SCOMPARSA –3

Data

| Presidi | quantita | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Defibrillatore/DAE + Kit | 1 | | | | | | | |
| Gel elettroconduttore | 1 | | | | | | | |
| Box per taglienti | 1 | | | | | | | |
| Guanti monouso M | 1 conf. | | | | | | | |
| Firma-sigla | | | | | | | | |

## VANO DEL PIANO SUPERIORE- farmaci di primo intervento– 3

Data

| Farmaco | Nome comm.le | Quantita' | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anexate 0.5mg/5ml | flumazenil | 5 fl | | | | | |
| Atropina 1mg/ml | | 10 fl | | | | | |
| Cordarone 150mg/3ml | amiodaroneclor | 5 fl | | | | | |
| Dobutamina 250mg/20ml | | 2 flac. | | | | | |
| Dopamina 200mg/5ml | | 10 fl | | | | | |
| Krenosin 6mg/2ml | adenosina | 6 fl | | | | | |
| Lanoxin 0.5mg/2ml | digossina | 6 fl | | | | | |
| Midazolam 5mg/ml | | 10 fl | | | | | |
| Narcan 0.4mg/ml | naloxoneclor | 2 fl | | | | | |
| Tenormin 5mg/10ml | atenololo | 10 fl | | | | | |
| Venitrin 5mg/1.5ml | nitroglicerina | 10 fl | | | | | |
| Ventolin 100mcg/5ml | salbutamolosolf | 10 fl | | | | | |
| Firma-sigla | | | | | | | |

**DA TENERE IN FRIGO : ADRENALINA 1mg/ml 5 fl**

**FLECTADOL 1gr/5ml 6 fl**

CHECK LIST

**CARRELLO PER L'EMERGENZA**

**allegato 7**

## Cassetto anteriore - 10

Data

| Farmaco | Nome comm.le | Quantita' | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Almarytm 150mg/15ml** | Flecainide acetato | **5 fl** | | | | | |
| **Aminomal 240mg/10ml** | Aminofillina | **3 fl** | | | | | |
| **Bentelan 1.5mg/2ml** | Betametasonefosf disodico | **6 fl** | | | | | |
| **Bentelan 4mg/2ml** | | **6 fl** | | | | | |
| **Broncovaleaspuff** | Salbutamolo solfato | **1 conf** | | | | | |
| **Ca Gluconato 1gr/10ml** | | **5 fl** | | | | | |
| **Carvasin 5mg/cp** | Isosorbidedinidrato | **1 conf** | | | | | |
| **Catapresan 150mcg/ml** | Clonidinaclor | **5 fl** | | | | | |
| **Desametasone 4mg/ml** | | **6 fl** | | | | | |
| **Diazepam 10mg/2ml** | | **10 fl** | | | | | |
| **Flebocortid 1gr/10ml** | Idrocortisone emisuccinato | **2 fl** | | | | | |
| **Isoptin 5mg/2ml** | Verapamilclor | **10 fl** | | | | | |
| **Lasix 20mg/2ml** | Furosemide | **10 fl** | | | | | |
| **Lasix 250mg/25ml** | | **5 fl** | | | | | |
| **Lidocaina clor 200mg/10ml** | | **5 fl** | | | | | |
| **Protamina 50mg/5ml** | | **1 fl** | | | | | |
| **Solucortef 500mg/4ml** | Idrocortisone emisuccinato | **2 fl** | | | | | |
| **Solumedrol 1gr/16ml** | | **1 fl** | | | | | |
| **Solumedrol 40mg/ml** | Metilprednisoloneemisuccinatosod | **2 fl** | | | | | |
| **Solumedrol 500mg/8ml** | | **1 fl** | | | | | |
| **Firma-sigla** | | | | | | | |

CHECK LIST

**CARRELLO PER L'EMERGENZA** **allegato 8**

## Cassetto anteriore - 11

Data

| Farmaco | Nome comm.le | Quantita' | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Carbocaina 2% / 10ml** | Mepivacainaclor | **10 fl** | | | | | |
| **Glucosio 33% / 10ml** | | **10 fl** | | | | | |
| **MgSO4 1gr / 10ml** | | **5 fl** | | | | | |
| **NaCl 0.9% / 10ml** | | **5 fl** | | | | | |
| **Rytmonorm 70mg/20ml** | Propafenoneclor | **5 fl** | | | | | |
| **Trimeton 10mg/ml** | Clorfenamina mal | **5 fl** | | | | | |
| **Ugurol 500mg/5ml** | Acido tranexamico | **5 fl** | | | | | |
| **Zantac 50mmg/5ml** | Ranitidinaclor | **10 fl** | | | | | |
| Presidi | | | | | | | |
| **Cestelli portaflebo** | | **vari** | | | | | |
| **Garze TNT** | | **4 conf** | | | | | |
| **Guanti sterili mis 6-7-8** | | **2x mis.** | | | | | |
| **Kit per emoglucotest** | | **1 kit** | | | | | |
| **Saturimetro + batterie scorta** | | **1+1** | | | | | |
| **Forbici** | | **1** | | | | | |
| **Abbassalingua** | | **1** | | | | | |
| **Firma-sigla** | | | | | | | |

CHECK LIST

**CARRELLO PER L'EMERGENZA** **allegato 9**

## > Cassetto anteriore - 12

Data

| Presidi | Quantita' | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Siringhe 5 cc** | **10** | | | | | | |
| **Siringhe10 cc** | **10** | | | | | | |
| **Siringhe 20 cc** | **10** | | | | | | |
| **Siringhe Insulina** | **5** | | | | | | |
| **Siringhe EGA** | **6** | | | | | | |
| **Ago Cannula 16 G** | **5** | | | | | | |
| **Ago Cannula 18 G** | **5** | | | | | | |
| **Ago Cannula 20 G** | **5** | | | | | | |
| **Ago Cannula 22 G** | **5** | | | | | | |
| **Ago monouso** | **10** | | | | | | |
| **Tappi perforabili** | **6** | | | | | | |
| **Ago butterfy** | **6** | | | | | | |
| **Vacutainer kit** | **3** | | | | | | |
| **Laccio emostatico** | **3** | | | | | | |
| **Cerotto + Kit Cotone** | **1 conf + 1** | | | | | | |
| **Provette emocromo,siero** | **5+5** | | | | | | |
| **Provette coagul.eTni** | **5+3** | | | | | | |
| **Urobox** | **1** | | | | | | |
| **Bisturi** | **1** | | | | | | |
| **Firma-sigla** | | | | | | | |

CHECK LIST

CARRELLO PER L'EMERGENZA

allegato 10

>

## Cassetto anteriore - 13

Data

| Presidi | Quantita' | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sol. Fisiologica 100 cc | 4 flac | | | | | | |
| Sol. Fisiologica 250 cc | 2 flac | | | | | | |
| Sol. Fisiologica 500 cc | 2 flac | | | | | | |
| Sol. Glucosata 5% 250 cc | 1 flac | | | | | | |
| Sol. Glucosata 5% 500 cc | 1 flac | | | | | | |
| Plasma Expander 500 cc | 2flac | | | | | | |
| Mannitolo 18% 250 cc | 1 flac | | | | | | |
| NaHCO3 1.4% 500 cc | 1 flac | | | | | | |
| H2O sterile 500 cc | 1 flac | | | | | | |
| Disinfettante per cute | 1 flac | | | | | | |
| Deflussori per pompa | 2 | | | | | | |
| Deflussori | 3 | | | | | | |
| Deflussori con regolatore di flusso | 2 | | | | | | |
| Rubinetto 3 vie | 3 | | | | | | |
| Pallone Ambu + maschere 3 misure | 1 + 3 | | | | | | |
| Maschera O2 Venturi Maschera O2 alti flussi | 1 + 1 | | | | | | |
| **Firma-sigla** | | | | | | | |

CHECK LIST

CARRELLO PER L'EMERGENZA

allegato 11

## CASSETTO BASCULANTE LATERALE - 4

Data

| Presidi | Quantita' | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cannule Guedel misure: 2-3-4 | 1+1+1 | | | | | | |
| Maschera per O2 | 1 | | | | | | |
| Occhialini per O2 | 1 | | | | | | |
| Prolunghe per O2 | 2 | | | | | | |
| Maschere O2 con reservoir | 1 | | | | | | |
| Maschere Aerosol t. | 1 | | | | | | |
| **Firma-sigla** | | | | | | | |

## CASSETTO BASCULANTE LATERALE -5

Data

| Presidi | Quantita' | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kit Cateterismo Vescicale + schizzettone | 1 | | | | | | |
| Garze monouso | 5 conf | | | | | | |
| **Firma-sigla** | | | | | | | |

## CASSETTO BASCULANTE LATERALE -6

Data

| Presidi | Quantita' | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sfigmomanometro+ fonendoscopio | 1 | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kit Sondino naso-gastrico + schizzettone** | **1** | | | | | | |
| **Firma-sigla** | | | | | | | |

> CHECK LIST

**CARRELLO PER L'EMERGENZA** **allegato 12**

## SEDEPORTA CATETERI e SONDINIASPIRAZIONE -16

| Presidi | Quantita' | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cateteri vescicali misure 14-16-18** | **2 + 2 + 2** | | | | | | |
| **Sondini da aspirazione misure 14-16-18** | **2 + 2 + 2** | | | | | | |
| **Firma-sigla** | | | | | | | |