

IC FAVRIA

SCUOLA DELL’INFANZIA

PLESSO DI **FRONT**

**REGISTRO CONTROLLI**

**DAE – DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO ESTERNO**

|  |
| --- |
| CARATTERISTICHE |
| **FABBRICANTE**  |  |
| **MODELLO**  |  |
| **MATRICOLA**  |  |
| **ANNO DI FABBRICAZIONE** |  |
| **DATA DI COLLAUDO** |  |
| **VERBALE DI COLLAUDO** | SÌ | NO |  |
| **COMUNE UBICAZIONE** |  |
| **INDIRIZZO DI UBICAZIONE** |  |
| **PIANO E/O STANZA** |  |
|  |  |
|  |  |

**I CONTROLLI**

Le verifiche sono state distinte in **controlli giornalieri**, **controlli e manutenzione settimanale** e **controlli e manutenzione mensili esecuzione autotest manuale.**

**I controlli giornalieri, settimanale e mensili sono a carico della scuola e vengono svolti dal personale incaricato dal Dirigente Scolastico.**

**CONTROLLI GIORNALIERI**

**All’inizio della giornata lavorativa, prima dell’ingresso degli allievi nella scuola, è necessario che il personale incaricato dei controlli verifichi che:**

* Assenza di segnali di malfunzionamento (es spia rossa, allarme sonoro);
* Presenza di spia lampeggiante verde;

**Eventuali malfunzionamenti riscontrati** devono essere rapidamente segnalati al Dirigente Scolastico**, che provvederà a segnalare all’ente preposto affinché si adoperi quanto prima a intervenire.**

**Tutte le non conformità riscontrate dovranno essere annotate sul presente registro.**

**CONTROLLI E MANUTENZIONE SETTIMANALI**

* Verifica a vista dell’assenza di sporco o di contaminazione dell’unità e degli accessori. In tal caso provvedere alla pulizia del dispositivo e degli accessori;
* Verifica a vista dell’assenza di danneggiamenti dell’unità e degli accessori. In tal caso informare immediatamente il datore di lavoro per l’invio del dispositivo in assistenza; Controllo della scadenza delle batterie e degli elettrodi. In caso di superamento della data di scadenza, informare immediatamente il datore di lavoro per la sollecita sostituzione.

**Tutte le non conformità riscontrate dovranno essere annotate sul presente registro.**

**CONTROLLI E MANUTENZIONE MENSILI**

**ESECUZIONE AUTOTEST MANUALE;**

Controllo della disponibilità di pacchi batteria e di elettrodi di scorta. In caso negativo, informare immediatamente il datore di lavoro per la reintegrazione; Controllo della presenza di:

* almeno n. 2 pocket mask;
* forbici taglia abiti;
* almeno n. 2 rasoi;
* almeno n. 5 confezioni di garze non sterili;
* almeno n. 3 confezioni di guanti monouso.

**CONTROLLI E MANUTENZIONE MENSILI ESECUZIONE AUTOTEST MANUALE;**

 **SCHEDA N.**

Controllo della disponibilità di pacchi batteria e di elettrodi di scorta. In caso negativo, informare immediatamente il datore di lavoro per la reintegrazione; Controllo della presenza di:

* almeno n. 2 pocket mask;
* forbici taglia abiti;
* almeno n. 2 rasoi;
* almeno n. 5 confezioni di garze non sterili;
* almeno n. 3 confezioni di guanti monouso.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data  | NON CONFORMITA’  | Firma  |
| …/…../…… | Indicare NESSUNA se regolare, oppure segnalare l’anomalia |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |
| …/…../…… |  |  |