


UNITA' OPERATIVA DI COMPETENZA _____	SISTEMA DI TRASPORTO CHECK LIST AMBULANZA TARGA N° _____	
--	---	---

Allegato n. 1

Data _____

CORREDO DEL VANO SANITARIO

PRESIDI			APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI			CIRCUITO OSSIGENO		
Barrella a cucchiaio	SI	NO	Aspiratore portatile	OK	AV	Bombola 1	Atm	
Cinghie per cucchiaio	SI	NO	Ventilatore Polmo.	OK	AV	Bombola 2	Atm	
Collari cervicali	SI	NO	Monitor Mult. Param.	OK	AV	Bombola portatile	Atm	
Barella auto caricante	SI	NO				Erogatore 1	OK	AV
Ferma capo	SI	NO				Erogatore 2	OK	AV
Sedia portantina	SI	NO						
Tavola spinale + ragno	SI	NO						

PULIZIA AMBULANZA

Superfici interne	SI	NO	Barrella	SI	NO	Sedili cabina guida	SI	NO
Pavimento	SI	NO	Sedili vano sanitario	SI	NO	Carrozzeria	SI	NO

CHECK LIST BORSONE URGENZA (per U.O. di competenza)

Maschera – occhiali O2	SI	NO	Aghi Cannula di varie Mis.	SI	NO
GUEDEL Ros. -Ver. - Bian	SI	NO	DEFLUSSORI	SI	NO
MASCHERA LARINGEA	SI	NO	K 50	SI	NO
MOUNT + FILTRO	SI	NO	Prolunga a 2/3 VIE	SI	NO
Tubi per I.O.T dal 5 / 8,5	SI	NO	CRIBINETTO	SI	NO
Maschere Gialla - Verde	SI	NO	DIAPHRAGMA A- FLOW	SI	NO
MINI TRACH (RIAN. ORL)	SI	NO	SIRINGHE VARIE MISURE	SI	NO
Pallone Auto espansibile	SI	NO	CEROTTO	SI	NO
Kit intubazione	SI	NO	LACCIO EMOSTATICO	SI	NO
SONDINI NASO GASTR.	SI	NO	GUANTI MONO USO	SI	NO
TUBO PER ASPIRAZIONE	SI	NO	Defibrillatore Semi-Aut.	SI	NO
SONDINI PER ASPIRARE	SI	NO	PAC x ECG	SI	NO
SATURIMETRO	SI	NO	KIT OSTETRICO	SI	NO
SFIGMOMANOMETRO	SI	NO	KIT CATETERISMO VESC.	SI	NO
FONENDOSCOPIO	SI	NO	SIRINGHE da 60 cc a cono	SI	NO
TERMOMETRO	SI	NO		SI	NO
Gluco test	SI	NO		SI	NO
KIT AEREOSOL	SI	NO		SI	NO
Telo Isotermico	SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO
	SI	NO		SI	NO

FARMACI DA FRIGO

ADRENALINA fl	SI	NO	INSULINA	SI	NO
	SI	NO		SI	NO

