

53° Distretto Scolastico – Nocera Inferiore
LICEO SCIENTIFICO STATALE
“ N. SENSALE ”

Via S. D'Alessandro – 84014 Nocera Inferiore (SA) - Tel. 081/925463 Fax 081/5173203
E-mail: SAPS04000B@ISTRUZIONE –saps04000b@pec.istruzione.it
Sito Web : www.liceosensale.sa.it

Codice Scolastico SAPS04000B

Codice Fiscale 80026660656

MODULO CONTROLLO DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO
(DAE)

ANNO SCOLASTICO _____

PIANO _____

TIPOLOGIA DI CONTROLLO	ESITO*	NOTE
Controllo e manutenzione giornaliera		
Verifica della presenza del DAE e della sua facilità di accesso.		<i>Compilare scheda specifica da apporre in prossimità del defibrillatore (scheda n.1)</i>
Verifica della presenza del cartello di segnalazione.		
Verifica dell'assenza di segnali di malfunzionamento (es. spia rossa, allarme sonoro).		
Verifica che la spia sia verde lampeggiante.		
Controlli e manutenzione trimestrali		
Verifica a vista dell'assenza di sporco o di contaminazione dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere alla pulizia del dispositivo e degli accessori con le modalità previste dal libretto di uso e manutenzione del dispositivo.		<i>Compilare scheda specifica da apporre in prossimità del defibrillatore (scheda n.2)</i>
Verifica a vista dell'assenza di danneggiamenti dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per l'invio del dispositivo in assistenza.		
Verifica del controllo della scadenza delle batterie e degli elettrodi. In caso di esito negativo provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per la sostituzione.		
Controlli e manutenzione semestrali		
Esecuzione autotest manuale		<i>Compilare scheda specifica da apporre in prossimità del defibrillatore (scheda n.3)</i>
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 rasoï, almeno n.5 confezioni di garze non sterili, almeno n.3 confezioni di guanti monouso		

* Nota

in caso di verifica positiva scrivere nel campo ESITO "SI"

in caso di verifica negativa scrivere nel campo ESITO "NO" ed indicare i motivi nel campo NOTE

MODULO CONTROLLO GIORNALIERO DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE) – SCHEDA N.1

ANNO SCOLASTICO _____

PIANO _____

TIPOLOGIA DI CONTROLLO

- Verifica della presenza del DAE e della sua facilità di accesso
- Verifica della presenza del cartello di segnalazione
- Verifica dell'assenza di segnali di malfunzionamento (es. spia rossa, allarme sonoro)
- Verifica che la spia sia verde lampeggiante

MESE _____

G	Esito controllo - note	Firma addetto
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		

MODULO CONTROLLO TRIMEMESTRALE DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE) – SCHEDA N.2

PIANO _____

<i>TIPOLOGIA DI CONTROLLO</i>	<i>ESITO*</i>	<i>NOTE</i>
<i>Controlli e manutenzione trimestrali</i>		<i>DATA:</i>
Verifica a vista dell'assenza di sporco o di contaminazione dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere alla pulizia del dispositivo e degli accessori con le modalità previste dal libretto di uso e manutenzione del dispositivo.		
Verifica a vista dell'assenza di danneggiamenti dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per l'invio del dispositivo in assistenza.		
Verifica del controllo della scadenza delle batterie e degli elettrodi. In caso di esito negativo provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per la sostituzione.		

Firma addetto _____

<i>Controlli e manutenzione trimestrali</i>		<i>DATA:</i>
Verifica a vista dell'assenza di sporco o di contaminazione dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere alla pulizia del dispositivo e degli accessori con le modalità previste dal libretto di uso e manutenzione del dispositivo.		
Verifica a vista dell'assenza di danneggiamenti dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per l'invio del dispositivo in assistenza.		
Verifica del controllo della scadenza delle batterie e degli elettrodi. In caso di esito negativo provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per la sostituzione.		

Firma addetto _____

<i>Controlli e manutenzione trimestrali</i>		<i>DATA:</i>
Verifica a vista dell'assenza di sporco o di contaminazione dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere alla pulizia del dispositivo e degli accessori con le modalità previste dal libretto di uso e manutenzione del dispositivo.		
Verifica a vista dell'assenza di danneggiamenti dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per l'invio del dispositivo in assistenza.		
Verifica del controllo della scadenza delle batterie e degli elettrodi. In caso di esito negativo provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per la sostituzione.		

Firma addetto _____

<i>Controlli e manutenzione trimestrali</i>		<i>DATA:</i>
Verifica a vista dell'assenza di sporco o di contaminazione dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere alla pulizia del dispositivo e degli accessori con le modalità previste dal libretto di uso e manutenzione del dispositivo.		
Verifica a vista dell'assenza di danneggiamenti dell'unità e degli accessori. In caso di verifica negativa provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per l'invio del dispositivo in assistenza.		
Verifica del controllo della scadenza delle batterie e degli elettrodi. In caso di esito negativo provvedere ad informare immediatamente il datore di lavoro per la sostituzione.		

Firma addetto _____

MODULO CONTROLLO SEMESTRALE DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE) – SCHEDA N.3

PIANO _____

<i>TIPOLOGIA DI CONTROLLO</i>	<i>ESITO*</i>	<i>NOTE</i>
<i>Controlli e manutenzione semestrale</i>		
<i>DATA:</i>		
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		

Firma addetto _____

<i>TIPOLOGIA DI CONTROLLO</i>	<i>ESITO*</i>	<i>NOTE</i>
<i>Controlli e manutenzione semestrale</i>		
<i>DATA:</i>		
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		

Firma addetto _____

<i>TIPOLOGIA DI CONTROLLO</i>	<i>ESITO*</i>	<i>NOTE</i>
<i>Controlli e manutenzione semestrale</i>		
<i>DATA:</i>		
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		

Firma addetto _____