

ALLEGATO 2

PROPOSTA DI PROGETTO DI DEFIBRILLAZIONE PRECOCE

Al Responsabile della Centrale Operativa 118 di _____
ASL _____
Via _____ n. _____
Cap _____ Città _____

e, p.c. Al Dirigente del Servizio DPF017
Emergenza Sanitaria e Sanità Digitale - ICT
Dipartimento Salute e Welfare
dpf017@pec.regione.abruzzo.it
Regione Abruzzo
Via Conte di Ruvo, 74
65127 PESCARA

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
Residente a _____ CAP _____ Via _____ n° _____
Telefono n° _____ Indirizzo mail _____
In qualità di _____
Per la Struttura Denominata _____
Sita nel Comune di _____ Provincia _____
Via / P. zza _____ n. _____
Tipologia di struttura (ente, associazione...): _____

PROPONE

il seguente Progetto di defibrillazione precoce:

Con riferimento alle **LINEE GUIDA PER LA FORMAZIONE E AUTORIZZAZIONE ALL'IMPIEGO DEL DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO ESTERNO (DAE)**, si specifica in allegato quanto segue:

1. UBICAZIONE E CARATTERISTICHE TECNICHE DEL DAE (già in dotazione), anche attraverso apposita piantina (eventualmente)
2. AFFLUSSI MEDI QUOTIDIANI DEL SITO OVE SARÀ POSIZIONATO IL DAE
3. IL NUMERO DI PERSONE DA FORMARE
4. IL REFERENTE DEL PROGETTO FORMATIVO CHE DOVRÀ GARANTIRE:
 - ✓ la presenza giornaliera di almeno un operatore abilitato
 - ✓ la funzionalità dell'apparecchio e la sua manutenzione
 - ✓ il ripristino del materiale di consumo con la supervisione del Responsabile della C.O. 118
 - ✓ la collaborazione alla raccolta dei dati necessari al monitoraggio delle attività del progetto.

Si richiede di voler rilasciare il parere di competenza.

Firma

Data: _____
