

Untersuchungsauftrag – Mikrobiologische Prüfung nicht steriler Produkte nach Ph.Eur.

Auftraggeber		Rechnung an	
Firma:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> Folgende Adresse	
Ansprechperson:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Firma:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Strasse:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Strasse:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
PLZ Ort:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PLZ Ort:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Telefon:	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
E-Mail:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Bericht per: <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> E-Mail	

Produktebezeichnung: Bitte nur Proben mit identischen Prüfparametern angeben!\$

Nr.:	Produkt / Bezeichnung	Art. Nr.	Charge/Lot	Zusatz
1	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
2	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
3	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
4	<input style="width: 95%;" type="text"/>			
5	<input style="width: 95%;" type="text"/>			

Prüfparameter	Proben Nummer:				
Bitte Prüfparameter ankreuzen	1	2	3	4	5
Keimzählmethoden nach Ph.Eur. Kapitel 2.6.12					
Aerobe mesophile Keime (TAMC)	<input type="checkbox"/>				
Hefe / Schimmelpilze (TYMC)	<input type="checkbox"/>				
Nachweis spezifischer Mikroorganismen / nach Ph. Eur. Kapitel 2.6.13 / 2.6.31					
Pseudomonas aeruginosa	<input type="checkbox"/>				
Staphylococcus aureus	<input type="checkbox"/>				
Escherichia coli qualitativ	<input type="checkbox"/>				
Escherichia coli <u>semiquantitativ</u>	<input type="checkbox"/>				
Candida albicans	<input type="checkbox"/>				
Galletolerante, gramnegative Bakterien qualitativ	<input type="checkbox"/>				
Galletolerante, gramnegative Bakterien <u>semiquantitativ</u>	<input type="checkbox"/>				
Salmonella spp in 25g Produkt	<input type="checkbox"/>				
Salmonella spp in 10g Produkt	<input type="checkbox"/>				

Kombinierte Prüfungen / nach Ph. Eur. Kapitel 5.1.4					
HM-1 Nichtwässrige Zubereitung für orale Anwendung	<input type="checkbox"/>				
HM-2 Wässrige Zubereitung für orale Anwendung	<input type="checkbox"/>				
HM-3 Rectal	<input type="checkbox"/>				
HM-4 Mundschleimhaut/Zahnfleisch/Haut/Nase/ Ohrmuschel	<input type="checkbox"/>				
HM-5 Vaginal	<input type="checkbox"/>				
HM-6 Pflaster /Grenzwerte für ein Pflaster inklusive der Klebe- und der Deckschicht)	<input type="checkbox"/>				
HM-7 Inhalation (spezielle Anforderungen werden auf flüssige Zubereitungen zur Vernebelung angewendet)	<input type="checkbox"/>				
HM-8 orale Dosierungen, Rohstoffe natürlichen Ursprungs enthalten	<input type="checkbox"/>				

Untersuchung pflanzlicher Medizinalprodukte / nach Ph. Eur. Kapitel 5.1.8 / 2.6.31					
HM-11 A.Pflanzliche Medizinalprodukte für orale Anwendung , welche pflanzliche Heilmittel mit oder ohne Hilfsstoffe enthalten, zur Zubereitung von Aufgüssen und Suden mittels kochendem Wasser (zum Beispiel Kräutertees mit oder ohne Aromastoffe).	<input type="checkbox"/>				
HM-12 B.Pflanzliche Medizinalprodukte für orale Anwendung , welche beispielsweise Extrakte und/oder pflanzliche Heilmittel mit oder ohne Hilfsstoffe enthalten, wo die Behandlungsmethode (z.B Extraktion) oder die Vorbehandlung, wo angebracht im Falle von pflanzlichen Heilmittel, die Anzahl der Organismen unter die Werte der für diese Kategorie vorgesehenen Akzeptanzkriterien reduziert.	<input type="checkbox"/>				
HM-13 C. Pflanzliche Medizinalprodukte für orale Anwendung , welche beispielsweise Extrakte und/oder pflanzliche Heilmittel mit oder ohne Hilfsstoffe enthalten, wo gezeigt werden kann, dass die Behandlungsmethode (z.B Extraktion mit schwachem Ethanol oder mit Wasser, welches nicht kocht oder mit tiefer Temperatur) oder im Falle von pflanzlichen Heilmittel die Methode der Vorbehandlung, die Anzahl der Organismen nicht genügend reduziert, um die unter B vorgeschriebenen Akzeptanzkriterien zu erreichen.	<input type="checkbox"/>				

Prüfung auf ausreichende Konservierung / nach Ph. Eur. Kapitel 5.1.3					
Zubereitung		Anzahl Testkeime		Plus E.coli	
<input type="checkbox"/>	Topica	<input type="checkbox"/>	4 Testkeime	<input type="checkbox"/>	5 Testkeime
<input type="checkbox"/>	Oralia	<input type="checkbox"/>	5 Testkeime		
<input type="checkbox"/>	Oralia mit hohem Zuckeranteil	<input type="checkbox"/>	6 Testkeime		

Zusätzliche Prüfparameter

Datum:

Unterschrift:

Probeneingang: Datum/Temperatur/Visum
