

Auftrag mikrobiologische Überprüfung Sterilisation / Dampfdesinfektion

Diese Seite bitte vollständig und leserlich ausfüllen

Einsender:

Rechnung an: (falls abweichend vom Einsender)

Name	Gerne Stempel	Entnahmedatum		Re.-Name	
Straße		Entnahmeuhrzeit		Abteilung	
Ort		Probennehmer		Straße	
Tel. Nr.		Unterschrift Probennehmer		Ort	

Art der Sterilisation / Desinfektion

<input type="checkbox"/> Dampfsterilisation (Geobac. stearothermophilus, 10 ⁶)	<input type="checkbox"/> Heißluftsterilisation (Bac. atrophaeus, 10 ⁶)	<input type="checkbox"/> Sonstige:
<input type="checkbox"/> Dampfdesinfektion (ABC) (105°C/5 Min) (Bac. atrophaeus. >10 ⁵)	<input type="checkbox"/> Dampfdesinfektion (AB) (75°C/20 Min) (E. faecium, 10 ⁶)	

Angaben über den Sterilisations-/Desinfektionsapparat: Standort:

Hersteller	Typ, Bezeichnung	Herstellernummer / ggf. GeräteNr. Intern:	Baujahr:
Art / Grund der Prüfung ¹	Verfahren ²	Kammergröße (StE bzw. dm ³) ³	OSLAB-ID:

Angaben zum geprüften Prozess

Chargen Nr.		Geprüftes Programm	
Sterilisations-/Desinfektions-Temperatur:		Abtötungszeit:	
Erreichtes Vakuum		Erreichter Betriebsdruck	

Angaben über die Sterilisierverpackung (Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Tuch	<input type="checkbox"/> Tuch/Papier	<input type="checkbox"/> Papier	<input type="checkbox"/> Papier/Folie	<input type="checkbox"/> Folie	<input type="checkbox"/> Instrumentenkästen / Container	<input type="checkbox"/> Glasgefäße
<input type="checkbox"/> Anderes						

Position der Bioindikatoren: Anzahl der Indikatoren: (PK (nicht in den Prozess bringen):

Nr.	Position im Gerät	Nr.	Position im Gerät
01		07	
02		08	
03		09	
04		10	
05		11	
06		12	
Eingang im Labor Datum		Verarbeitet / Hdz Datum / Hdz.	
<i>Materialien</i>			

1) Periodische Prüfung, mangelnde Funktion, Reparatur, Prüfung nach Aufstellung, Typprüfung

2) Strömungsverfahren, Vorvakuumverfahren, frakt. Vakuumverfahren, frakt. Strömungsverfahren, Dampfinjektionsverfahren, VDh-/ HDH Verfahren

3) Dampfsterilisation (Sterilisationseinheiten: 1 StE = 30 x 30 x 60 cm), Heißluft- und Gassterilisation (dm³)

Kennung: BS-137 Auftrag mikrobiol. Überprüfung Sterilisation Dampfdes..docx	Freigabe/Unterschrift: PD Dr. F. Szabados	Revision 05	gültig ab: 10.04.2024	Seite: 1 von 1
---	--	----------------	--------------------------	-------------------