

EINSENDER

Name, E-Mail, Telefon, Einrichtung

LABOR

AUFTRAG

Mikrobiologische Analyse:
Bioindikatoren für
Dampfsterilisatoren

HTK

EL
 63 _ 88 - _ _ _ - _ _ _ _

VOM **EINSENDER** AUSZUFÜLLEN

Gerätenummer:	Standort:	Chargen-Nr.:	Fassungsvermögen (StE):
Sterilisationsprogramm:	<input type="checkbox"/> Fraktioniertes Vakuumverfahren <input type="checkbox"/> Strömungsverfahren <input type="checkbox"/> Dampfinjektions- verfahren	<input type="checkbox"/> Teilbeladung <input type="checkbox"/> Volle Beladung	Sterilisationsgut:
Sterilisiertemperatur:	Erreichter Arbeitsdruck:	Sterilisierzeit:	Arbeitstemperatur:
Anzahl Evakuierungsphasen:	Erreichtes Vakuum:	<input type="checkbox"/> Periodische Prüfung <input type="checkbox"/> Nachkontrolle	
Testkeim: <input type="checkbox"/> B. stearothermophilus <input type="checkbox"/> ...	Chargen Nr.:	Verwendbar bis:	Population:
x _____ Unterschrift Probenehmer Datum		Sonstiges:	

Position im Gerät											Pos. Kontr.
Bioindikator-Nr.											
Laborergebnis: 24h / 56°C											

¹(+) Wachstum; (-) kein Wachstum

Notizen Labor:

x
 Bearbeitet von _____ Datum _____

x
 Validiert durch _____

AUSWERTUNG

	Gesamtbeurteilung auf Grundlage der Testung durch Bioindikatoren Achtung: Bitte lassen Sie in jedem Falle die Laborergebnisse von dem für Ihre Einrichtung zuständigen Hygienefachpersonal prüfen, da dem Labor die erforderlichen Kenntnisse über relevante Faktoren und Umstände vor Ort für eine abschließende Beurteilung fehlen.
<input type="checkbox"/>	Keine Beanstandung (alle Proben waren negativ)
<input type="checkbox"/>	zu beanstanden (mindestens ein Bioindikator zeigte Wachstum)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

x

Beurteilung durch

Datum

MASSNAHMEN

Einrichtungsbezogene Maßnahmen

Achtung: Die Einrichtung ist selbst für die Bewertung und Interpretation der Laborergebnisse verantwortlich. Die Entscheidung ob und welche Maßnahmen zur Behebung etwaiger Beanstandungen ergriffen werden müssen, liegt vollumfänglich in der Verantwortung des für die Einrichtung zuständigen Hygienefachpersonals.

x

Unterschrift
(Verantwortlicher der Einrichtung)

Datum