

# Probenahmeprotokoll Krankenhaushygiene

<b>Auftraggeber:</b>	 <p><b>Universitätsklinikum Tübingen</b></p> <p><b>Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene</b>          Krankenhaus- und Umwelthygielabor          Elfriede-Aulhorn-Straße 6, D-72076 Tübingen          Telefon: 07071-29 80123 / 85198          e-mail: hyg.lab@med.uni-tuebingen.de          www.medizin.uni-tuebingen.de</p>
<b>Entnahmepunkt:</b>	

<b>Bemerkungen:</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><b>Probenehmer/Druckschrift:</b></td> <td style="width: 50%; border: none;"><b>Unterschrift:</b></td> </tr> </table>	<b>Probenehmer/Druckschrift:</b>	<b>Unterschrift:</b>
<b>Probenehmer/Druckschrift:</b>	<b>Unterschrift:</b>		

<input type="checkbox"/> <b>AMG</b> Arzneimittelrechtliche Probe <input type="checkbox"/> <b>GFP</b> Gewebegesetz (RL 2004/23/EG) <input type="checkbox"/> <b>GMP</b> Gute Herstellungspraxis	<b>Probenahmedatum/-zeit:</b>	<b>Eingangsdatum/-zeit:</b>
<b>Untersuchungsgrund:</b>	<b>Verarbeitungsdatum/-zeit:</b>	Etikett aufkleben
<input type="checkbox"/> <b>Routine</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonderprüfung</b> _____	<b>Prüfzeitraum:</b>	

<b>UNTERSUCHUNGSMATERIAL</b> <b>( R )</b> RODAC Abklatschplatten <b>( S )</b> Sedimentationsplatten <b>( I )</b> Impaktorplatten/Luftkeimindikator <b>( A )</b> Umgebungsabstrich <b>( D )</b> Dip-Slides <b>( M )</b> Bouillon/MediaFill <b>( L )</b> Lösungen <b>(MM)</b> Muttermilch <sup>8</sup> <b>( Z )</b> Sonstiges (Material und Anforderung definieren): _____	<b>UNTERSUCHUNGSANFORDERUNG</b> <input type="checkbox"/> Allg. Keimwachstum <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Wachstums-/Chargenkontrolle <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Erreger-Screening: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige (definieren): _____ <input type="checkbox"/> Keimidentifikation <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Resistenztestung <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Prozessüberwachung <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> Wachstums-/Chargenkontrolle <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Bioburden <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Sterilitätsprüfung (Ph.Eur.) <sup>7</sup> <b>(WF)</b> Filtriertes Wasser (Aquafree) <sup>9</sup>
---	--

## Probenumfang

Labor-Nr.	Nr.	Uhrzeit Probe- nahme	Material Code	Lokalisation/ Probenbezeichnung	untersuchungsrelevante Informationen			
					Reinraum- klasse	Volumen / Expositions-z.	Charge-Nr.	Sonstiges

Stand 2024-08, 10