



Herstellungsprotokoll / Prüfprotokoll

Herstellungsanweisung / Prüfanweisung

Dronabinol-Kapseln

NRF 22.7.

Gehalt	<input type="checkbox"/> 2,5 mg	Stück
	<input type="checkbox"/> 5,0 mg	Herstelldatum
	<input type="checkbox"/> 10 mg	Herstell-Nr.
	<input type="checkbox"/>	

Name des Patienten*in / Arztes*in

Anlagen	<input type="checkbox"/> Rezeptkopie	<input type="checkbox"/> Etikettkopie	<input type="checkbox"/> andere
----------------	--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Bestandteile	Prüfnummer / Charge
Dronabinol	
Palmitoylascorbinsäurehaltige Mittelkettige Triglyceride	
Hartgelatine-Steckkapselhülle, Größe 1	

Packmittel / Applikationshilfe	Prüfnummer / Charge
Braunglasflasche	
Weithalsglas aus Braunglas	
Vierkantflasche	
Verschluss, kindersicher	
Kindergesichertes Kunststoffbehältnis	

Herstellungsplanung			
Arbeitsplatzvorbereitung	<input type="checkbox"/> Hygieneplan	<input type="checkbox"/> interne SOP	<input type="checkbox"/> andere
Verfahren	<input type="checkbox"/> Becherglas	<input type="checkbox"/> Einmalspritze	<input type="checkbox"/> andere
	<input type="checkbox"/> Heizplatte	<input type="checkbox"/> Magnetrührer	
Arbeitssicherheit	<input type="checkbox"/> BAK-Rezepturstandard	<input type="checkbox"/> interne SOP	
Einwaagenkorrektur	<i>f</i> (Dronabinol)		

Bestätigung der Herstellungsanweisung
(Kann bei Wiederholung identischer Herstellungen entfallen.)

Unterschrift Apotheker/-in bzw. Vertretung



Herstellungsprotokoll / Prüfprotokoll

Herstellungsanweisung / Prüfanweisung

Dronabinol-Kapseln

NRF 22.7.

Herstellung	Masse Ansatzgefäß [g]					
	Bestandteile	Menge [g]	Abweichung [g]	Waagentyp	Waagenanzeige	
Soll [g]					Ist [g]	
Dronabinol						
Palmitoylascorbinsäure haltige Mittelkettige Triglyceride						

Masse Ansatz [g] _____

Inprozessprüfungen / Beobachtungen

Ausführung der Planung und Herstellung der Rezeptur

Name Herstellende/r _____

Unterschrift Herstellende/r _____

Freigabeprüfungen

Freigabe durch Apotheker/-in _____

Ort, Datum

Unterschrift Apotheker/-in

Apotheken-Stempel