|  |
| --- |
| **ส่วนผู้ขอรับบริการ** |
| ชื่อหน่วยงาน/บริษัท ...................................................................................................................................................................... |
| ที่อยู่........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................โทรศัพท์ .........................................................................โทรสาร.........................................e-mail............................................. |
| ชื่อผู้ติดต่อ...................................................................................................................................................................................... |
| การออกใบสรุปรายงานผลการวิเคราะห์  |  ภาษาไทย  | ภาษาอังกฤษ **(กรอกข้อมูลเป็นภาษาอังกฤษ)** |
| ออกใบเสร็จรับเงินในนาม............................................................................................................................................................. ........................................................................................................................................................................................................ |
| ข้าพเจ้ารับทราบ เข้าใจและยินยอมถึงเงื่อนไขและข้อตกลงในการขอรับบริการของฝ่ายจุลชีววิทยา ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการบริการวิเคราะห์ตัวอย่างตามอัตราค่าบริการ\* ที่ฝ่ายจุลชีววิทยา ศูนย์วิเคราะห์ฯ กำหนดแล้ว รวมไปถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ นอกเหนือจากอัตราค่าบริการที่ได้ทำการตกลงกับทางฝ่ายจุลชีววิทยา ศูนย์วิเคราะห์ฯ **ข้าพเจ้ารับทราบว่า ไม่อนุญาตให้นำรายงานผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการโฆษณา/เผยแพร่/อ้างอิง** |
|  | ลงชื่อ ............................................................... ผู้ขอรับบริการ ( ) ตำแหน่ง.............................................................. วันที่ ............./ ............./ ............. |
| \* อัตราค่าบริการวิเคราะห์อาจมีการเปลี่ยนแปลงภายหลัง |
| **ส่วนของเจ้าหน้าที่** |
| ฝ่ายจุลชีววิทยา ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณารายละเอียดคำขอรับบริการข้างต้นแล้ว □ สามารถให้บริการการตรวจวิเคราะห์ได้ทุกหัวข้อ□ สามารถให้บริการตรวจวิเคราะห์ได้เฉพาะหัวข้อต่อไปนี้.......................................................................................□ ไม่สามารถให้บริการตรวจวิเคราะห์ได้ทุกหัวข้อโดยมีกำหนดงานแล้วเสร็จโดยประมาณ 2 – 4 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันที่ผู้ขอรับบริการส่งตัวอย่างวิเคราะห์ ค่าใช้จ่ายในการขอรับบริการทั้งสิ้น..........................................บาท (………….......................................................……………………) ........................................................................... ( ) เจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ วันที่................../...................../................... |
|  |
|  |

**การรับใบสรุปรายงานผลการวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์**

ข้าพเจ้าได้รับมอบใบสรุปรายงานผลการวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ จากฝ่ายจุลชีววิทยา ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว

**ข้าพเจ้ารับทราบว่า ไม่อนุญาตให้นำรายงานผลการวิเคราะห์ไปใช้ในการโฆษณา/เผยแพร่/อ้างอิง**

ลงชื่อ ................................................................ ลงชื่อ......................................................................

 ( ) ( )

 ผู้รับใบสรุปรายงานผล เจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์

วันที่............./..................../................... วันที่............./...................../.................

**การส่งมอบคืนอาหารเลี้ยงเชื้อ/ สารเคมี/อุปกรณ์อื่นๆ ของผู้รับบริการ**

ข้าพเจ้าได้รับอาหารเลี้ยงเชื้อ/สารเคมี/อุปกรณ์อื่นๆ คืนจากฝ่ายจุลชีววิทยา ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ คณะเภสัชศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

□ ครบถ้วนตามที่แจ้งประสงค์แล้ว

□ ไม่ครบถ้วนโดยขาดอาหารเลี้ยงเชื้อ/สารเคมี/อุปกรณ์อื่นๆ คือ ...................................................................................................... ................................................................................................................................................................................................................

เนื่องจาก.................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................

ลงชื่อ ................................................................ ลงชื่อ......................................................................

 ( ) ( )

 ผู้รับคืน เจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์

วันที่............./..................../................... วันที่............./...................../.................

**รายการตัวอย่างวิเคราะห์ทดสอบ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | รายการให้บริการ | อัตราค่าบริการ |
|  | 1 | Total viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi) (ตามเกณฑ์ USP, EP, BP, TP, THP) | 1,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 2 | Suitability ของ Total viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi) (ตามเกณฑ์ USP, EP, BP, TP, THP) | 3,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 3 | การตรวจเชื้อปนเปื้อนตามประกาศการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพร อ.ย.*Staphylococcus aureus Salmonella* spp. *Clostridium* spp. | 3,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 4 | Suitability ของการตรวจเชื้อปนเปื้อนตามประกาศการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพร อ.ย. | 3,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 5 | Antimicrobial effectiveness test (USP, BP) | 9,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 6 | Suitability of Antimicrobial effectiveness test | 4,000 บาท/ตัวอย่าง |
| **ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปราศจากเชื้อ (Non-sterile pharmaceutical products) ตาม THP** |
|  | 7 | **-**ยาสำหรับแผลที่ผิวหนัง, แผลหนอง, ฝี, และ เยื่อบุต่าง ๆ ยกเว้นช่องคลอดและทวารหนัก-ยาสำหรับสูดดม ที่ไม่ปราศจากเชื้อ-Transdermal patch และยาที่ใช้ภายนอกสำหรับผิวหนังติดเชื้อ เช่น ครีม โลชั่น ออยเม้นท์ สารละลาย ผง และอื่น ๆTotal viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)*Pseudomonas aeruginosa**Staphylococcus aureus* | 2,200 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 8 | การตรวจเชื้อปนเปื้อนตามเภสัชตำรับของยาสำหรับช่องคลอดTotal viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)*Pseudomonas aeruginosa**Staphylococcus aureus**Candida albicans* | 3,500 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 9 | ยารับประทานทั้ง Aqueous และ Non-aqueous preparationTotal viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)*Escherichia coli* | 1,600 บาท/ตัวอย่าง |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | รายการให้บริการ | อัตราค่าบริการ |
|  | 10 | ผลิตภัณฑ์สำหรับรับประทานที่มีส่วนประกอบที่มาจากธรรมชาติ (สัตว์, พืช, หรือแร่ธาตุ ที่ไม่สามารถผ่านกระบวนการลดปริมาณเชื้อ)Total viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)Bile-tolerant gram-negative bacteria*Staphylococcus aureus**Escherichia coli**Salmonella* spp. | 4,500 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 11 | การตรวจเชื้อปนเปื้อนตามเภสัชตำรับของเครื่องสำอางที่ไม่มีสมุนไพรเป็นส่วนประกอบTotal viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)*Pseudomonas aeruginosa**Staphylococcus aureus**Candida albicans* | 3,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 12 | การตรวจเชื้อปนเปื้อนตามเภสัชตำรับของเครื่องสำอางที่มีสมุนไพรเป็นส่วนประกอบTotal viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)*Pseudomonas aeruginosa**Staphylococcus aureus**Candida albicans**Clostridium* spp. | 5,000 บาท/ตัวอย่าง |
| **ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประเภทรับประทาน**  |
|  | 13 | ก. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ประกอบด้วยสารสกัด และ/หรือพืชสมุนไพร (ที่มีหรือไม่มีสารปรุงแต่ง)ซึ่งมีการรับประทานในลักษณะชงด้วยน้ำเดือดไม่ว่าจะผ่านหรือไม่ผ่านกระบวนการผลิตที่สามารถลดเชื้อจุลินทรีย์หรือไม่ก็ตามTotal viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)*Escherichia coli* (MPN)*Salmonella spp.* *Clostridium spp.* | 5,500 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 14 | ข. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ประกอบด้วยสารสกัด และ/หรือพืชสมุนไพร (ที่มีหรือไม่มีสารปรุงแต่ง) นอกเหนือจาก ก.Total viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)Bile-tolerant gram-negative bacteria (MPN)*Salmonella spp.**Escherichia coli**Clostridium spp.* | 5,500 บาท/ตัวอย่าง |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลำดับที่  | รายการให้บริการ  | อัตราค่าบริการ  |
|  | 15 | ค. ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีส่วนประกอบของ สัตว์ และ/หรือแร่ธาตุ เป็นสมุนไพรสำคัญ เว้นแต่กรณีที่ส่วนประกอบของสัตว์และ/หรือแร่ธาตุนั้นจัดเป็นสารช่วย ให้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรนั้นเป็นไปตามเกณฑ์ ก.หรือ ข. แล้วแต่กรณีTotal viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)Bile-tolerant gram-negative bacteria (MPN)*Salmonella spp.**Escherichia coli**Staphylococcus aureus**Clostridium spp.* | 6,000 บาท/ตัวอย่าง |
| **ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ประเภทใช้ภายนอก/ใช้เฉพาะที่** |
|  | 16 | ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้กับช่องปาก, ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้กับเหงือกผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้กับผิวหนัง (ยกเว้นผลิตภัณฑ์สมุนไพรรูปแบบลูกประคบ), ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้ทางจมูก, ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้หยอดหู, ผลิตภัณฑ์สมุนไพรรูปแบบลูกประคบTotal viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)*Staphylococcus aureus**Pseudomonas aeruginosa**Clostridium spp.* | 4,500 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 17 | ผลิตภัณฑ์สมุนไพรรูปแบบแผ่นแปะที่ผิวหนังTotal viable aerobic plate count (Bacteria and Fungi)*Staphylococcus aureus**Pseudomonas aeruginosa**Clostridium spp.* | 4,500 บาท/ตัวอย่าง |
| **Test for specified microorganisms** |
|  | 18 | Bile tolerant gran-negative bacteria | 1,600 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 19 | Bile tolerant gran-negative bacteria (MPN) | 2,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 20 | *Escherichia coli* | 800 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 21 | *Escherichia coli* (MPN) | 2,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 22 | *Staphylococcus aureus* | 800 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 23 | *Salmonella spp.* | 1,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 24 | *Clostridium spp.* | 2,200 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 25 | Pseudomonas aeruginosa | 800 บาท/ตัวอย่าง |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ลำดับที่  | รายการให้บริการ  | อัตราค่าบริการ  |
|  | 26 | *Candida albicans* | 1,000 บาท/ตัวอย่าง |
|   | 27 | **Suitability ของการตรวจการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ในผลิตภัณฑ์คิดเป็น 1 ตัวอย่าง** |  |
| **การทดสอบอื่นๆ** |
|   | 28 | **การทดสอบประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ** โดยวิธีการของ EN 1276 : 2009 Chemical disinfectants and antiseptics ปรับปรุงตาม ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องวิธีทดสอบและเกณฑ์ตัดสินผลการ ทดสอบประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบเพื่อสุขอนามัย สำหรับมือ พ.ศ. ๒๕๖๒ | 12,000 บาท/ตัวอย่าง |
|  | 29 | **Antimicrobial susceptibility test (Diffusion method)\***\* กรณีมีเชื้อทดสอบอยู่ที่ห้องปฏิบัติการหรือผู้ขอรับบริการจัดหาเชื้อทดสอบให้ | **Aerobes**600 บาท/ตัวอย่าง/เชื้อ **Anaerobes**1,200บาท/ตัวอย่าง/เชื้อ |
|  | 30 | **Antimicrobial susceptibility test (Broth dilution method)** **(MIC/MBC or MLC)\*** \* กรณีมีเชื้อทดสอบอยู่ที่ห้องปฏิบัติการหรือผู้ขอรับบริการจัดหาเชื้อทดสอบให้  | **Aerobes**  1,200บาท/ตัวอย่าง/เชื้อ**Anaerobes**2,000บาท/ตัวอย่าง/เชื้อ |
|  | 31 | การวิเคราะห์และการตรวจสอบอื่น ๆ นอกเหนือจากที่กำหนด | ตามข้อตกลง |

|  |
| --- |
| **(สำหรับเจ้าหน้าที่) รายการอาหารเลี้ยงเชื้อ/สารเคมี/อุปกรณ์อื่นๆ ของผู้รับบริการที่ส่งมาใช้วิเคราะห์ รวม.............................รายการประกอบด้วย.**..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... ประสงค์จะรับคืนเมื่อเสร็จสิ้นการรับบริการ ไม่ประสงค์รับคืนเมื่อเสร็จสิ้นการรับบริการเกณฑ์ที่ประสงค์วิเคราะห์  |

ลงชื่อ ................................................................ ลงชื่อ.......................................................................

 ( ) ( )

 ผู้ส่งมอบ เจ้าหน้าที่ศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์

วันที่............./..................../................... วันที่............./...................../.................

**เลขที่อ้างอิงงานวิเคราะห์ทดสอบ (JOB ID): …………………… เลขที่อ้างอิงตัวอย่างทดสอบ (Sample ID): ……………………….. (ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่)**

 **1.ชื่อตัวอย่าง(ภาษาไทย)**.............................................................................................
 **ชื่อตัวอย่าง(ภาษาอังกฤษ)**........................................................................................ จำนวน................................................

ประเภท □ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร □ สมุนไพร □ เครื่องสำอาง □ อื่นๆ..........................................................................................

เลขทะเบียน (Reg. No.) …..........................................รุ่นการผลิต Lot No. .......................................Batch No. ..................................

วันที่ผลิต (Mfg. Date)...............................วันหมดอายุ (Exp. Date)............................... สภาวะการเก็บตัวอย่าง..................................

ลักษณะตัวอย่าง......................................................................................................................................................................................

บริษัทผู้ผลิต.................................................................................บริษัทผู้แทนจำหน่าย.........................................................................

 **2.ชื่อตัวอย่าง(ภาษาไทย)**.............................................................................................
 **ชื่อตัวอย่าง(ภาษาอังกฤษ)**........................................................................................ จำนวน................................................

ประเภท □ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร □ สมุนไพร □ เครื่องสำอาง □ อื่นๆ..........................................................................................

เลขทะเบียน (Reg. No.) …..........................................รุ่นการผลิต Lot No. .......................................Batch No. ..................................

วันที่ผลิต (Mfg. Date)...............................วันหมดอายุ (Exp. Date)............................... สภาวะการเก็บตัวอย่าง..................................

ลักษณะตัวอย่าง......................................................................................................................................................................................

บริษัทผู้ผลิต.................................................................................บริษัทผู้แทนจำหน่าย.........................................................................

 **3.ชื่อตัวอย่าง(ภาษาไทย)**.............................................................................................
 **ชื่อตัวอย่าง(ภาษาอังกฤษ)**........................................................................................ จำนวน................................................

ประเภท □ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร □ สมุนไพร □ เครื่องสำอาง □ อื่นๆ..........................................................................................

เลขทะเบียน (Reg. No.) …..........................................รุ่นการผลิต Lot No. .......................................Batch No. ..................................

วันที่ผลิต (Mfg. Date)...............................วันหมดอายุ (Exp. Date)............................... สภาวะการเก็บตัวอย่าง..................................

ลักษณะตัวอย่าง......................................................................................................................................................................................

บริษัทผู้ผลิต.................................................................................บริษัทผู้แทนจำหน่าย.........................................................................

 **4.ชื่อตัวอย่าง(ภาษาไทย)**.............................................................................................
 **ชื่อตัวอย่าง(ภาษาอังกฤษ)**........................................................................................ จำนวน................................................

ประเภท □ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร □ สมุนไพร □ เครื่องสำอาง □ อื่นๆ..........................................................................................เลขทะเบียน (Reg. No.) …..........................................รุ่นการผลิต Lot No. .......................................Batch No. ..................................

วันที่ผลิต (Mfg. Date)...............................วันหมดอายุ (Exp. Date)............................... สภาวะการเก็บตัวอย่าง..................................

ลักษณะตัวอย่าง......................................................................................................................................................................................

บริษัทผู้ผลิต.................................................................................บริษัทผู้แทนจำหน่าย.........................................................................

เกณฑ์ที่ประสงค์วิเคราะห์ □ USP □ THP □ TP □ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข □ อื่นๆ................................................................