

- 製造販売承認申請書の記載方法は、通常の医薬品と同じである。原薬や製剤の品質管理試験の規格値は、モックアップワクチンで得られた成績を踏まえて記載すること。

各モックアップワクチンの特性や製造方法等に応じて、上記以外にも留意すべき事項があるかもしれない。必要に応じて機構に相談されたい。

5. モックアップワクチンの非臨床試験

モックアップワクチンの非臨床試験については、「感染症予防ワクチンの非臨床試験ガイドライン」（平成22年5月27日 薬食審査発0527第1号）の他、以下の点に留意することが必要である。

5.1. 発症予防効果の評価

パンデミックワクチン開発時には、実際のパンデミックインフルエンザは発生していないことから、ヒトでの発症予防効果の検討は困難である。したがって、モックアップワクチン及びモックアップワクチン製造株を適切な動物モデル（フェレット等）に接種する攻撃試験により、発症予防効果の評価することが重要である。攻撃試験の成績から得られた発症予防効果と免疫反応との関係に基づき、臨床試験における免疫学的評価指標を設定することも考えられる。

組換えDNA技術を応用したHAたん白質やその一部分を標的抗原とするワクチンは、季節性インフルエンザワクチンを含め、世界的にも使用実績が乏しく、HAたん白質の糖鎖構造の違い等により十分な予防効果が期待できない可能性も考えられることから、動物を用いた発症予防効果の評価は十分に行う必要がある。

- 攻撃試験においては、発症予防効果及び抗体産生等の免疫反応について十分評価する必要があるが、その際には、モックアップワクチン製造株と異なるウイルス株に対する交差免疫についても十分に検討すること。
- 亜型が異なる株によるパンデミック発生も想定し、可能な限り、異なる亜型を用いて製造したワクチンについて、あらかじめ攻撃試験による発症予防効果の評価しておくこと。
- アジュバントの必要性についても検討することが望ましい。

5.2. 免疫原性評価

- ヒトインフルエンザワクチンへの反応性が良いマウス、フェレット等の動物を用いた免疫原性評価により、投与量、投与回数、投与経路、アジュバントの必要性について臨床試験開始前に検討しておくこと。

5.3. 安全性評価

- モックアップワクチンの一般毒性試験においては、投与量、投与回数、投与経路を含め、可能な限りパンデミックワクチンについて想定される使用状況を踏まえた評価を行う必要がある。また、一般毒性試験の一部として、あるいは独立した試験により、安全性薬理コ

アバッテリー機能についての評価を行うこと。

- パンデミックワクチンは、妊娠女性や妊娠の可能性のある女性に接種することが想定されるため、生殖発生毒性について評価すべきである。
- 他のワクチンと同様に、新規アジュバントが使用される場合については、新規アジュバント単独について毒性を評価すること。

6. モックアップワクチンの臨床試験

モックアップワクチンの臨床試験では、免疫原性及び安全性を検討するが、「感染症予防ワクチンの臨床試験ガイドライン」（平成22年5月27日 薬食審査発0527第5号）の他、以下の点に留意する必要がある。

6.1. 試験対象

健康成人を対象とした試験を実施する。健康成人を対象とした臨床試験の結果も踏まえ、健康小児及び高齢者についても、あらかじめ用法・用量の検討並びに免疫原性及び安全性の評価を行うことが望ましい。

6.2. 用量設定

用量設定試験を実施し、適切な用量、接種間隔及び接種回数を決定する必要がある。接種回数について、パンデミックワクチンがナイーブな状態の被接種者に使用されることから、1回接種で十分な免疫原性が得られない可能性を踏まえ、国内外で既承認の（プレ）パンデミックワクチンで採用されている2回接種を目安として検討することが考えられる。

アジュバントを使用する場合には、適切なアジュバント量及び抗原／アジュバント用量比についても臨床試験において検討し、その結果に基づいて製剤組成の妥当性を説明する必要がある。

6.3. 免疫原性の評価方法

パンデミックワクチンの真の有効性、すなわち発症予防効果は、実際にパンデミックインフルエンザが流行していない開発時点で検討することは困難であり、また、パンデミックワクチンの免疫原性評価基準と発症予防効果との関連性も現時点では確立されていない。したがって、次善の策として、臨床開発されるパンデミックワクチンに期待される免疫賦活化の機序を踏まえ、それを客観的に評価しうる適切な免疫原性評価指標を設定する必要がある。

例えば、ウイルスの細胞への吸着・増殖阻止を指標とする中和抗体価や、細胞性免疫の活性化を期待する場合はその指標について評価することが考えられる。発症予防効果との関連性は不明であるが、抗ノイラミニダーゼ抗体の血清中レベル等、有効性に関する補助的な情報も収集することが望ましい場合もあるかもしれない。

HAたん白質を主たる標的抗原として免疫を賦活化して薬効を発揮し、かつ皮下接種あるいは筋肉内接種されるパンデミックワクチンの場合は、季節性インフルエンザワクチンで発症予防効果との相関が指摘されているHI抗体価（1：40以上）又はSRH抗体価に基づき免疫原性を評価することとし、EMA（欧州医薬品庁）が示した基準（Note for guidance on harmonization of requirements for influenza vaccines (CPMP/BWP/214/96)）を利用することが考えられる。しかし、被接種者がパンデミックインフルエンザウイルスに対してナイーブであり、当該ウイルス感染により重篤な症状を示す可能性が高いため、被接種者へのより確実な免疫賦与が期待されることから、モックアップワクチン接種後の抗体価については、少なくとも1群50例以上の被験者を含む評価対象集団について、以下に定められている3つの評価基準をすべて満たすことが原則として必要である。

◆ 成人（20歳以上65歳未満）

- ・ 抗体陽転率（HI抗体価が接種前に1：10未満で接種後1：40以上となった被験者の割合またはHI抗体価の増加率が4倍以上の被験者の割合もしくはSRH抗体価が接種前4mm²以下で接種後25mm²（HI抗体価が1：40以上と同等な値を標準化し、値が25mm²と異なる場合にはその値を用いる）となった被験者の割合又は接種前4mm²より大きく接種後50%の面積増となった被験者の割合）が40%より大きい
- ・ 接種前後の幾何平均HI抗体価もしくはSRH抗体価の増加率が2.5倍より大きい
- ・ 抗体保有率（HI抗体価が1：40以上の被験者の割合もしくはSRH抗体価が25mm²（HI抗体価が1：40以上と同等な値を標準化し、値が25mm²と異なる場合にはその値を用いる）より大きい被験者の割合）が70%より大きい

◆ 高齢者（65歳以上）

- ・ 抗体陽転率が30%より大きい
- ・ 接種前後の幾何平均HI抗体価もしくはSRH抗体価の増加率が2.0倍より大きい
- ・ 抗体保有率が60%より大きい

◆ 20歳未満の未成年者及び小児については、原則として、成人の評価基準を準用する。

HAたん白質を主たる標的抗原とするモックアップワクチンの場合でも、中和抗体価や、細胞性免疫の活性化を期待する場合にはその指標についても評価すること。また、抗ノイラミナーゼ抗体の血清中レベル等が補助的な情報となるかもしれない。HI抗体価の上記の3つの評価基準を一部満たさない場合でも、これらの情報も踏まえてモックアップワクチンの免疫原性を説明することが可能な場合もあると考えられる。

モックアップワクチンの製造に使用したウイルス株と同じ亜型内の異なるウイルス株を用いて、HI抗体価、SRH抗体価及び中和抗体価等を用いた交差免疫反応についても、可能な範囲で評価すべきである。

また、承認申請までに必須ではないものの、接種後の免疫が維持される期間の確認、ブースター効果についても検討を行うことが望ましい。

6.4. 安全性の評価方法

少なくとも1%の確率で発現する有害事象を検出するのに十分な被験者数による安全性評価を行う必要がある。また、接種後6ヶ月間の安全性を評価することが望ましい。

新規のアジュバントを使用する場合や、他のワクチンで同量もしくはそれ以上の量のアジュバントを使用した十分な実績がない場合には、アジュバントの安全性を確認することが可能となるような臨床試験の実施が必要となる場合もある。

7. モックアップワクチンにおけるその他の検討事項

モックアップワクチンの免疫原性及び安全性データは非常に限られており、パンデミックワクチンでは、原則、臨床試験成績なしでの承認が想定されることから、モックアップワクチン承認時には、パンデミックワクチン使用時の免疫原性、有効性及び安全性を評価するための製造販売後調査等の実施計画書を準備すべきである。パンデミックワクチンの製造販売後の検討事項については、「8.3 製造販売後の検討事項」で述べる。

8. パンデミックワクチンにおける検討事項

パンデミックワクチンを迅速に製造・供給するために、あらかじめモックアップワクチンを開発して承認を取得しておき、モックアップワクチンの製造及び品質管理方法と同様の方法でパンデミックワクチンを製造する。モックアップワクチンからパンデミックワクチンへの株変更は、原則として品質及び非臨床試験成績に基づき、名称を変更して新規に製造販売承認を取得することで可能となる。

株変更の際に留意すべき点は、以下のとおりである。

8.1. 品質

- パンデミックワクチンのウイルスシードでも、外来性感染性因子の混入がないことを確認する必要があるが、製造開始時点では試験結果が得られない可能性も想定される。PCR等、迅速に結果が得られる手法を並行して用い、製造開始時までに予備的な検討結果が得られるよう検討すること。
- 予備的な検討結果を含めた、パンデミックワクチンの製造及び品質管理成績を、順次、機構に提出すること。また、パンデミックワクチンの承認のために提出される製造販売承認申請書中の製造方法、規格値等は、パンデミックワクチン製造時に得られた品質管理成績をもとに記載すること。なお、モックアップワクチンでの製造方法、規格値等から変更する必要がある場合は、その内容及び変更理由を速やかに機構に提出すること。

- HAたん白質を主たる標的抗原とするパンデミックワクチンの製造・出荷開始時に、SRD法に必要な標準抗血清が入手できず、代替測定法を利用していた場合、標準抗血清が得られた時点で速やかにSRD法に切り替えるべきである。
- パンデミックワクチンでも安定性試験を実施し、予定していた保存期間内に規格外の成績が得られた場合には、速やかに機構に報告すること。

8.2. 非臨床試験

承認前に、少なくともパンデミックワクチン1ロットで動物試験において免疫原性を評価し、モックアップワクチンの成績と比較すること。最終的には、少なくとも3ロットの非臨床免疫原性の成績を提出し、ロット間の一貫性を示す必要がある。

8.3. 製造販売後の検討事項

パンデミックワクチン承認後には、モックアップワクチン承認時の実施計画に基づき製造販売後調査等を実施し、パンデミックワクチンの免疫原性及び安全性、可能であれば有効性についても評価する必要がある。

8.3.1. 製造販売後の免疫原性評価

免疫原性が成人とは異なる可能性が考えられる小児及び高齢者についても、十分に免疫原性が得られることを確認する必要がある。また、可能であれば、妊娠女性、慢性疾患患者、免疫不全者等のハイリスク集団における免疫原性及びプライミング効果及びブースター効果についても検討を行うことが望ましい。

8.3.2. 製造販売後の安全性評価

パンデミックワクチンの使用時には、0.1%で発現する有害事象を検出可能なよう、少なくとも3,000例程度を対象に安全性を検討する調査を別途実施する必要がある。その際には、モックアップワクチンで十分な安全性評価が困難な小児や高齢者及びハイリスク集団からも可能なかぎり情報収集が行えるよう、調査対象を検討すべきである。情報収集する項目は、その時点までに得られたモックアップワクチン、季節性インフルエンザワクチン等の安全性情報、情報収集を行う対象集団の特徴等を踏まえ設定することが望ましい。

アジュバント

抗原と混合させることで、抗原に対する免疫応答を増強する作用を持つ物質。

ウイルスシード

ワクチン等の生物学的製剤に用いられるウイルス株。その遺伝的性質が保たれる条件下で発育鶏卵や細胞等を用い継代増殖させて作製された均一なウイルス浮遊液あるいは凍結乾燥品等である。

HI (hemagglutination inhibition) 抗体価

インフルエンザウイルス表面には赤血球と結合するタンパク質 (HA : ヘムアグルチニン) があり、ウイルスヘムアグルチニンに対する抗体を測定することで免疫反応を評価する試験である。一定量のウイルス抗原と段階希釈した血清検体を反応させた後、動物の赤血球を加え、抗体と反応せずに残っていたウイルス抗原と反応して赤血球が凝集する。赤血球の凝集を抑制する最大血清希釈倍数で抗体価を表示する。

SRH試験 (single radial hemolysis : 一元放射溶血反応試験)

SRH試験は、血清検体中に存在するインフルエンザ抗体レベルを測定する方法であり、インフルエンザ特異的抗体が、補体の存在下でウイルス被覆赤血球を溶解させることを利用し免疫反応を評価する試験である。血清検体をウイルス被覆赤血球及び補体を含むアガロース内のウェルに添加して拡散させ、ウェル周囲の赤血球が溶解した領域の面積を測定する。

SRD法 (single radial immunodiffusion : 一元拡散放射免疫沈降法)

SRD法とは、インフルエンザワクチン中のHA抗原量を測定する標準的な方法であり、インフルエンザワクチンの品質管理に用いられる。インフルエンザウイルスに対する抗体を寒天ゲル内に埋め、ウェルにいれた検体のゲル内拡散に伴い生じる抗原抗体反応沈降輪の直径を測定することで、検体中の抗原価を測定する方法。

幾何平均抗体価

被験者数 n に対して、全員の力価 (X_n) の積の n 乗根を計算することによって得られる、被験者群の平均力価 ($n\sqrt{X_1 \times X_2 \times \dots \times X_n}$)。

交差免疫反応

免疫原である抗原エピトープ (抗原決定基) と類似構造を有する抗原に対して起こる免疫応答のこと。一般に免疫原となった抗原とよく似た構造に対して交差免疫反応が示される。

抗体陽転率

ワクチン接種前後において、抗体価が一定以上の上昇を示した被験者割合。

季節性インフルエンザワクチン

主に、過去流行したことがある株を用い製造されたインフルエンザワクチン。通常、二つのA型インフルエンザ株（主にH1、H3株）と一つのB型インフルエンザ株を含む三価インフルエンザワクチンが用いられる。

新型インフルエンザ

季節性インフルエンザと抗原性が大きく異なるインフルエンザで、一般に国民が免疫を獲得していないことから、全国的かつ急速なまん延により国民の生命および健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるインフルエンザ。

パンデミックインフルエンザ

世界的な大流行を引き起こす感染症法における鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザをまとめてパンデミックインフルエンザとする。

パンデミック株

主に、WHOにより、新型インフルエンザの流行が高く予測される時期（WHOフェーズ4または5宣言後）またはパンデミック流行時（WHOフェーズ6宣言後）にWHOによりワクチン使用が推奨されるヒトA型インフルエンザ株。

パンデミックワクチン

パンデミック株又はパンデミック株と同じ抗原性をもつウイルス株や、時には流行が高く予測されるウイルス株について、本邦で承認済みのモックアップワクチンの製造方法と同様の製造方法で製造される新型インフルエンザワクチン。

プライミング効果

ある特定の抗原へ免疫学的に感作を受けていない人に対して、その抗原に対する免疫記憶（基礎免疫）を誘導する効果。

ブースター効果

基礎免疫を受けている者が、一定以上の期間をおいて1回の追加接種を受けた（ブーストされた）際に、抗体価の上昇が得られること。

免疫原性

体液性（特異抗体）及び／又は細胞性免疫及び／又は免疫記憶を誘導するワクチンの能力。

モックアップワクチン

模擬ワクチン。パンデミックインフルエンザの流行時、必要に応じて製造株を変更（亜型の変更も含む）することを前提として、パンデミックの発生前に、ワクチン製造のモデルとなるインフルエンザウイルスを用いて、製造・開発されるインフルエンザワクチン。



12 March 1997
CPMP/BWP/214/96

**COMMITTEE FOR PROPRIETARY MEDICINAL PRODUCTS
(CPMP)**

**NOTE FOR GUIDANCE ON HARMONISATION OF REQUIREMENTS
FOR INFLUENZA VACCINES**

DISCUSSION IN THE BIOTECHNOLOGY WORKING PARTY (BWP)	March 1996
TRANSMISSION TO THE CPMP	July 1996
TRANSMISSION TO INTERESTED PARTIES	July 1996
DEADLINE FOR COMMENTS	January 1997
RE-SUBMISSION TO THE BWP	March 1997
RE-SUBMISSION TO THE CPMP	March 1997
APPROVAL BY THE CPMP	March 1997
DATE FOR COMING INTO OPERATION	April 1997

HARMONISATION OF REQUIREMENTS FOR INFLUENZA VACCINES (CPMP/BWP/214/96)

A. YEARLY CHOICE OF INFLUENZA VIRUS STRAINS FOR VACCINES

WHO has three international influenza centres (at the National Institute for Medical Research in Mill Hill UK; and at the Centers for Disease Control in Atlanta, USA and at CSL Ltd, Parkville, Australia), which are assisted by national laboratories, designated by WHO. The national laboratories isolate viruses and then refer them to an international centre for detailed antigenic analysis. Reports are regularly sent to WHO in Geneva.

Once a year, in mid-February, a meeting of WHO experts takes place in Geneva, leading to a recommendation on the influenza A and B virus variants which should be used for the production of vaccine for the coming season, but there remains very broad flexibility within this recommendation. The WHO recommendations are aimed worldwide and therefore need to be adapted to the epidemiological situation of the European Union (EU). The predominant influenza viruses are believed to be similar from one Member State of the EU to another. There is thus little scientific justification for different composition of vaccines throughout the EU.

As from 1992, a meeting of EU experts will have to be convened each year after the WHO meeting, as soon as practically possible, in order to take an EU wide decision regarding influenza virus strains for vaccine production for the next season, taking into consideration the epidemiology of influenza in the EU.

B. LABELLING

There should be clear information about influenza virus strains and season of use, since EU vaccines often contain virus strains which are related to, but not identical to those recommended by the WHO. This may cause confusion if some vaccine labels show the WHO strains and others show the actual vaccine strains.

Information on immediate package, outer packaging and package leaflet should comply with Council Directive 92/27/EEC and in addition the labelling and package leaflets should contain:

- | | |
|-------------------|---|
| Immediate package | - season of use
e.g. 1997/98 season |
| Outer packaging | - WHO/EU recommended strains
e.g. A/Wuhan/359/95 (H3N2)-like strain
- season of use |
| Package leaflet | - WHO/EU recommended strains followed by actual strains e.g. A/Wuhan/359/95 (H3N2)-like strain (A/Nanchang/933/95 RESVIR-9)

- Statement that the vaccine complies with WHO recommendation (northern hemisphere) and EU decision for "x" season |

The actual vaccine strains (ie those approved at the annual meeting of EU experts) will also be named in the dossier submitted for annual licensing and in the production and test protocols.

C. POTENCY OF INFLUENZA VACCINE

For influenza vaccines to be acceptable throughout the EU, they should comply with the European Pharmacopoeia (EP) requirements and contain 15 µg HA per strain and per dose. The lower 95% confidence limits of the potency assay should indicate a content of at least 12 µg HA per strain and per dose.

D. CONTROL AUTHORITY BATCH RELEASE OF INFLUENZA VACCINE

1. INTRODUCTION

1.1 Directive 89/342/EEC relating to immunological products (consisting of vaccines, toxins or serums and allergens) provides in article 4.3. that, where a Member State considers it necessary in the interests of public health, it may require that samples from each batch be submitted for examination by a State laboratory or a designated laboratory for the following medicinal products:

- live vaccines;
- immunological medicinal products used in the primary immunisation of infants or other groups at risk;
- immunological medicinal products used in public health immunisation programmes;
- new immunological medicinal products or immunological medicinal products manufactured using new or altered kinds of technology or new for a particular manufacturer, during a transitional period normally specified in the marketing authorisation.

Harmonisation of such examination by EU national authorities must be achieved to permit effective batch release of vaccines within the EU.

The objective of this batch examination is the verification that the product is in conformity with the approved specifications. The testing has to be completed within 60 days of receipt of the samples.

1.2 Where a Member State has examined a batch of a product and declared it to be in conformity with the approved specifications, another Member State may not repeat this examination for the purpose of release.

The objective of this document is the harmonisation of control tests carried out in the framework of batch examination in order to achieve mutual recognition.

1.3 Batch release should be carried out by a control authority with recognised competence in batch release of influenza vaccines. A vaccine batch released by one Member State must be acceptable to other Member States. Batch release depends upon mutual confidence and effective exchange of information between the Member States. The batch release procedures

outlined below are phased to deal with vaccine submissions under normal circumstances (phase 1) and abnormal circumstances (phase 2). Phase 1 of batch release is necessary for all vaccine batches whereas phase 2 of batch release is introduced under the special circumstances described below. Test methods and results for phases 1 and 2 must comply with the European Pharmacopoeia monograph on influenza vaccines.

1.4 Manufacturers are responsible for presenting release certificates delivered by the competent authorities when required.

Records of batch release tests (phases 1 and 2) and the full documentation submitted by the manufacturer should be kept for at least 10 years by the control authority. They should be available to other EU control authorities upon request.

2. PHASE 1 OF BATCH RELEASE: PROTOCOL SUBMISSION AND BATCH RELEASE TESTS (BASIC EP TESTS)

2.1 Protocol submission

The manufacturer's detailed protocol of production and tests carried out according to the European Pharmacopoeia monograph on influenza vaccines shall be approved by the control authority for each vaccine batch. The protocol should be based upon the WHO summary protocol for influenza vaccine (inactivated) (WHO Technical Report Series 638, 1979) an example of which is illustrated in paragraph 5. Manufacturers should submit full details of test results; it is insufficient to indicate only "pass" or "fail".

2.2. Basic EP tests

Tests to be performed by the control authority in accordance with the EP monograph as a basis for batch release:

2.2.1 At least twenty doses of each vaccine batch (product supplied in final package) and 20 ml of bulk vaccine shall be submitted to the control authority. For purified subunit vaccines, an additional 10 ml of monovalent vaccine shall be submitted for the first 5 lots of vaccine produced from a new influenza strain;

2.2.2 Tests to be performed on each batch of vaccine prior to release:

- a) haemagglutinin antigen concentration/identity test using reference materials supplied currently by the National Institute for Biological Standards and Control, UK;
- b) endotoxin content;

2.2.3 Tests to be performed on each lot of blended bulk vaccine:

- a) none;

2.2.4 Tests to be performed on the first 5 lots of monovalent purified subunit vaccine following the introduction of a new influenza strain:

- a) test for purity;

3. PHASE 2 OF BATCH RELEASE: PROTOCOL SUBMISSION AND ADDITIONAL EP TESTS

Additional tests from the EP monograph on influenza vaccines may be necessary for batch release in special circumstances:

- a change in the vaccine production process has been approved;
- a change in the site of manufacture has been approved;
- evidence of unexpected adverse clinical reactions or quality defects from previous batches of a given vaccine;
- evidence of marked inconsistencies in the vaccine production process;
- a critical report from the inspector from the competent authority;
- changes in the manufacturer's testing procedures;
- identification of unexpected variability of the manufacturer's test results.

Phase 2 batch release procedures:

3.1 The number of additional doses of each vaccine batch (product supplied in final package) or the volume of trivalent or monovalent bulk vaccine to be submitted for testing to the control authority will depend on the nature of the additional tests.

3.2 The nature of the additional batch release tests to be performed will depend on the circumstances for introduction of phase 2 tests.

3.3 Information concerning failed batches may be required as part of phase 2 batch release procedures.

4. RELEASE CERTIFICATE

A release certificate for each vaccine batch shall be presented to the manufacturer after approval when the results of testing are satisfactory. The release certificate must give details of:

- 4.1. Name and address of manufacturer
- 4.2. Trade name and proper name of product
- 4.3. Marketing Authorisation Number (Country)
- 4.4. Batch number
- 4.5. Number of containers
- 4.6. Number of doses per container
- 4.7. Type of container

- 4.8. Date of release and reference number
- 4.9. Date of expiry
- 4.10 Statement of compliance
- 4.11 Name and function of signatory

5. SUMMARY PROTOCOL FOR INACTIVATED INFLUENZA VACCINES

The following summary protocol is an example of the type of information required for batch release. The data submitted should be in accordance with the current EP monograph on influenza vaccines.

Name of product:.....

Marketing authorisation:.....

Name and address of manufacturer:.....

Batch number: :.....

Filling lot number: :.....

Date of manufacture: :.....

Date of expiry:.....

Type of container:.....

Number of doses:.....

Dose volume:.....

Composition:.....

e.g. strain 1	15 µg HA/0.5 ml
strain 2	15 µg HA/0.5 ml
strain 3	15 µg HA/0.5 ml

Statement of quality:

.....
.....

e.g. I certify that lot number.....of this product satisfies the requirements of the European monograph on influenza vaccines.

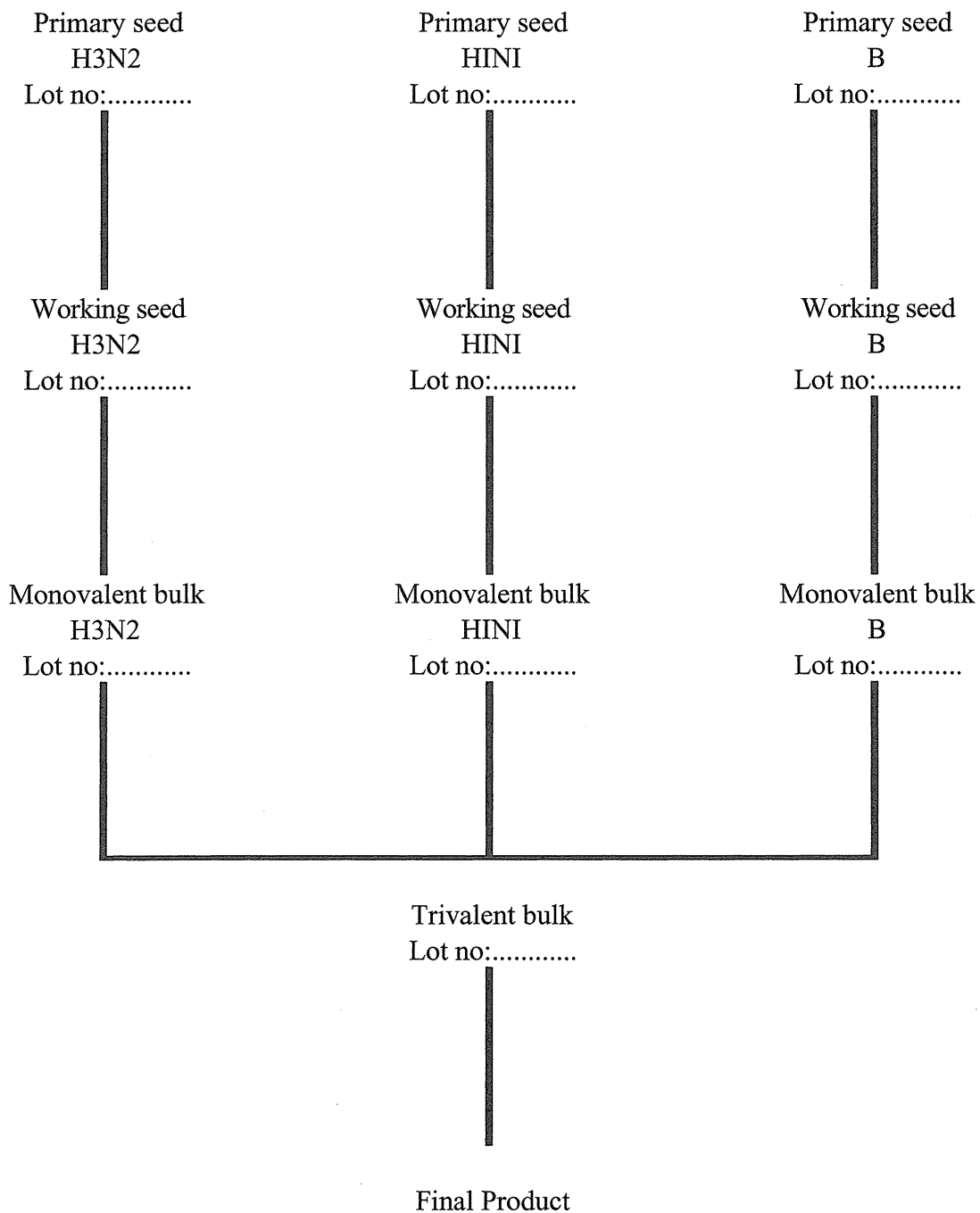
Signature:

.....

Name (typed):

.....

PRODUCTION FLOW SHEET



Filling Lot no:.....

SEED VIRUS

1. Information on manufacture

- 1.1 Virus strain:.....
- 1.2 Source and lot No of primary seed:.....
- 1.3 Date of receipt:.....
- 1.4 Passage history on receipt (dates, temperatures):.....
- 1.5 Comments:.....
- 1.6 Storage conditions:.....
- 1.7 Working seed lot No:.....
- 1.8 Passage history of seed lot(s) (dates, temperatures):.....
- 1.9 Added antibiotics:.....
- 1.10 Storage conditions of working seed lot(s):

2. Tests on working seed virus

2.1 Sterility

Method:.....

Date of test:.....

Volume tested:.....

Test results:.....

2.2 Test for mycoplasma

Method:.....

Date of test:.....

Volume tested:.....

Test results:.....

2.3 Identity

(a) Haemagglutinin

Date of test:.....

Test results:.....

e.g.

Antigen	HI titre			
	Antiserum			
	Shang/11/87	Sich/2/87	Taiw/1/86	B/Yam/16/88
A/Shang/11/87 (H3N2) Ref				
A/Sich/2/87 (H3N2) Ref				
A/Taiw/1/86 (H1N1) Ref				
A/Shang/11/87 Working seed lot no:				

(b) Neuraminidase

Date of test:.....

Test results:.....

e.g.

Antigen	HI titre		
	anti-N2NA	anti-N1NA	anti-BNA
A/Shang/11/87 (H3N2) Ref			
A/Sich/2/87 (H3N2) Ref			
A/Taiw/1/86 (H1N1) Ref			
B/Yam/16/88 Ref			

A/Shang/11/87
Working seed
lot No

- 2.4. Infectivity titre:.....
Date of tests:.....
Test results:.....

MONOVALENT VIRUS POOL

1. Information on manufacture

- Name and address of manufacturer:.....
- 1.1 Virus strain:.....
- 1.2 Lot number(s):.....
- 1.3 Working seed lots used:.....
- 1.4 Date of inoculation:.....
- 1.5 Date of harvesting:.....
- 1.6 Method of inactivation:.....
- 1.7 Date of inactivation:.....
- 1.8 Method of disruption (if any):.....
- 1.9 Date of disruption (if any):.....
- 1.10. Concentration/purification procedure:.....
- 1.11 Added antibiotics:.....
- 1.12 Filtration details (if any):.....

2. Tests on monovalent virus pool

2.1 Test for inactivation

Date of test:.....

Test results:.....

2.2 Test for haemagglutinin antigen content

Method:.....

Date of test:.....

Test results:.....

2.3 Identity of haemagglutinin

Method:.....

Date of test:.....

Test results:.....

2.4 Purity (for surface antigen vaccines only)

Method:.....

(e.g. type of PAGE system, reducing/non reducing conditions)

Date of test:.....

Test results:.....

(e.g. HA, M and NP bands must be identified. Comparison between whole virus and surface antigen preparation must be made)