

Unidad de Citometría de Flujo

SOLICITUD DE SERVICIO DE SEPARACIÓN CELULAR

DATOS DEL SOLICITANTE/FACTURACIÓN:

FECHA

Usuario	Correo electrónico
Centro de trabajo	Número de teléfono
Dirección	CIF
Investigador responsable	Proyecto a cargo
Observaciones	

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA Y SEPARACIÓN CELULAR

Tamaño celular	Tamaño de Nozzle
N° de muestras totales	Nº total de células /muestra (no número de poblaciones a separar)
¿Necesita un número concreto de células a separar?	NO SI
En caso afirmativo indicar: Número de células a separar	% estimado de representación de la población a separar respecto del total de la celularidad (si se conoce)
Indicar fluorocromos/Fluorescencias utilizadas (necesario para la configuración del equipo/compatibilidades)	
RECOGIDA DE LA MUESTRA:	
¿Necesita sorting aséptico? NO SI	Recipiente de recogida de la separación
Comentarios de interés que desee realizar:	

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE BIOSEGURIDAD (el departamento de bioseguridad del CNIC solicitará información más detallada)

Por favor responda a las siguientes preguntas para permitirnos clasificar el nivel de bioseguridad de su muestra. Asegúrese de que no haya cambios de muestra que no hayan sido informados previamente al personal de la Unidad de Citometría de Flujo.

Origen de la muestra	Muestra fijada NO SI	
¿La muestra está infectada o contiene algún agente biológico? (virus/ba	acterias/parásitos) NO SI	
¿La muestra está modificada genéticamente? (vectores virales)	NO SI	
¿El medio de recogida contiene algún reactivo químico con riesgo para l en condiciones especiales? (ej. Trizol, Mercaptoetanol)	a salud que necesite ser manipulado NO SI	
En caso afirmativo indicar componente/s químicos y medidas de prevención según SDS/MSDS		
Observaciones que desee realizar:		