

SOLICITUD DE DETERMINACION DE CITOQUINAS

FECHA:

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre:

Investigador Principal:

Institución

Departamento

Dirección Postal:

NIF:

Tf:

Centro:

email:

DATOS DE LA MUESTRAS:

TIPO DE MUESTRAS: SBTES:

SUEROS:

MEDIO:

Nº DE MUESTRAS:

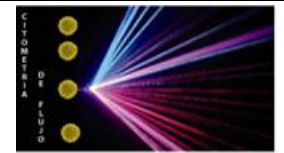
Nº DE MUESTRAS:

CITOQUINAS SOLICITADAS:

PROYECTO:

COMENTARIOS:

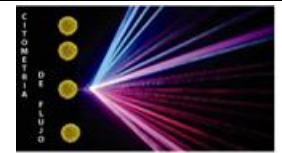
FIRMA DEL INVESTIGADOR:



SOLICITUD DE DETERMINACION DE CITOQUINAS

Seleccionar las determinaciones que queráis hacer. Si no están en la lista, escribidme cuales necesitáis para daros presupuesto

CYTOKINES/CHEMOKINES M0USE		
IL-1a	Eotaxin	Mouse Soluble Receptor
IL-1b	G-CSF	
IL-2	GM-CSF	
IL-3	IP-10	sCD30
IL-4	KC	sgp130
IL-5	LIF	sIL-1RI
IL-6	LIX	sIL-1RII
IL-7	MCP-1	sIL-2Ra
IL-9	M-CSF	sIL-4R
IL-10	MIG	sIL-6R
IL-12 (p40)	MIP-1a	sRAGE
IL-12 (p70)	MIP-1b	sTNF RI
IL-13	MIP-2	sTNF RII
IL-15	RANTES	sVEGF RI
IL-17	VEGF	sVEGF R2
IFNg		sVEGF R3
TNFa		



SOLICITUD DE DETERMINACION DE CITOQUINAS

CYTOKINES/CHEMOKINES HUMAN			
Human– high sensitivity	IL-1a IL-1b IL-1Ra IL-2 sIL-2Ra IL-3 IL-4 IL-5 IL-6 IL-7 IL-8 IL-10 IL- 12(p70) IL-13 IFNg GM-CSF TNFa	sCD40L EGF Eotaxin FGF-2 Flt-3 ligand Fractalkine G-CSF GRO IFNa2 IP-10 MCP-1 MCP-3/CCL7 MDC/CCL22 MIP-1a MIP-1b PDGF-AA PDGF-AB/BB RANTES TGFa TNFb VEGF	Human Soluble Receptor* sCD30 sEGFR sgp130 sIL-1RI sIL-1RII sIL-2Ra sIL-4R sIL-6R sRAGE sTNF RI sTNF RII sVEGF R2 sVEGF R3 sVEGF RI