



SOLICITUD DE SORTING

SOLICITUD			
FECHA (de solicitud):			
FECHA DE SORTING PROPUESTA POR EL INVESTIGADOR:			
USUARIO:			
Telf:	E-mail:	Lab:	
INVESTIGADOR PRINCIPAL:			
Telf:	E-mail:	Lab:	Cuenta:
INSTITUCION:			
CENTRO:		DEPARTAMENTO:	
DIRECCION POSTAL:			
CUENTA/NIF:			
CELULAS:		Nº CELULAS :	
ANTICUERPOS Y FLUOROCROMOS UTILIZADOS:			
POBLACION A SORTEAR:			
REQUIERE ESTIRILIDAD?:			
Nº CELULAS SOLICITADAS:			
OBJETIVO DEL SORTING:			
Extracción RNA <input type="checkbox"/> Obtención Líneas estables <input type="checkbox"/> Bioquímica <input type="checkbox"/>			
Otros <input type="checkbox"/> Especificar:			
COMENTARIOS:			
PROYECTO			
TÍTULO:			
INVESTIGADOR PRINCIPAL:			
Telf:	E-mail:	Lab:	
USUARIO:			
Telf:	E-mail:	Lab:	
BREVE RESUMEN DEL PROYECTO. Dar detalles de las células que van a ser sorteadas. Limitarse a dos párrafos:			

FECHA DE SORTING ADJUDICADA:

HORA:

CELL SORTING: CUESTIONARIO DE BIOSEGURIDAD

El proceso de separación celular por CELL SORTING conlleva la generación de aerosoles. Según los agentes biológicos presentes en la muestra, los aerosoles comportan riesgo de contaminación tanto del personal como del ambiente. La información sobre el tipo de muestras y agentes potencialmente infecciosos es fundamental para la eficacia de las medidas de bioseguridad. Por lo tanto, éste formulario debe ser rellenado completamente y firmado por el investigador principal que solicita el uso del Servicio.

DESCRIPCION DE LAS MUESTRAS

ESPECIE :

Human Mouse Primate Rat Bacteria Otros _____

Células primarias (Tejidos o fluídos recogidos directamente de un donante)

Listado de tejidos/especie: _____

Células primarias cultivadas (Células primarias que han sido cultivadas in vitro)

Listado de tejidos/especie: _____

Líneas Celulares

Nombre/origen/especie de cada línea celular: _____

FIJACION

Se fijarán las muestras antes de venir al Servicio de Citometría de Flujo?:

Sí No

En caso de fijación, describir con detalle el protocolo de fijación (ej. Concentración y tiempo). Adjuntar una hoja si es necesario.

EXPOSICION A AGENTES BIOLÓGICOS

Contienen las muestras algún agente infeccioso conocido?:

Sí No

Listado de agentes infecciosos y nivel de bioseguridad: _____

Ha sido inactivado el agente infeccioso?

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, describir con detalle el método de inactivación.
En caso negativo, suministrar la forma de inactivación.

Podría contener las muestras otros agentes nocivos? sustancias que contienen microorganismos patógenos (bacterias, virus, parásitos, hongos, etc) u otros agentes como priones que puedan causar enfermedad en humanos o animales.

Sí No

En caso afirmativo, especificar el tipo.

Se han transformado las células usando virus ?:

Sí No

Listado de agentes virus: _____

Tienen las células alguna modificación genética?

Sí No

En caso afirmativo:

- Qué genes se han insertado? _____
- Se han insertado genes oncogénicos? Sí No
- Se han insertado genes nocivos para humanos? Sí No
- Qué método se ha utilizado para insertar el gen?
Plásmido **Vector Viral** **Otros**

Describir con detalle el método utilizado, adjuntando una hoja si es necesario.

Gracias por tu colaboración

Firma Usuario: _____

Fecha:

Firma Investigador Principal: _____