|  |  |
| --- | --- |
| **Plataforma** | **MORFOLOGIA** |
| **Ubicación** | **Centro de Investigación Médica Aplicada**  Laboratorio B.03  Avda. Pío XII 55, Edificio CIMA  31008 Pamplona (Navarra) |
| **Contacto** | **Dª. Laura Guembe Echarri -** [**lguembe@unav.es**](mailto:lguembe@unav.es)  948.194.700, Ext. 5022  [**morfologia@unav.es**](mailto:morfologia@unav.es)*(se ruega prioricen el contacto a través de esta cuenta)* |

**DATOS DE ENTRADA (a cumplimentar por la Plataforma en el momento de petición)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Registro Interno** | number |
| **Fecha recepción** | seleccionar fecha |
| **Recepcionado por:** | text |
| **Nº de Presupuesto**  **(en caso de haberse realizado)** | number |
| **Importe** | number |

**Instrucciones:**

El solicitante deberá cumplimentar el presente formulario y enviarlo a la dirección de contacto indicada en la parte superior del presente documento.

1. **Datos del solicitante**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Apellidostext | | | | | |
| Departamentotext | | | | | |
| Entidadtext | | | | | |
| Direccióntext | | | | CPnumber | |
| Poblacióntext | | Provinciatext | | | |
| Tf.number | | Correoelectrónicotext | | | |
| El solicitante declara que pertenece a IDISNA: | | | SI | | NO |
| En caso afirmativo indique: | CódigoGruponumber | | | |  |
| Área**/**Estructuratext  **FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA** Recinto del Complejo Hospitalario de Navarra\_Calle Irunlarrea 3\_Pamplona 31008 | | | | |
|  |  | | | | |

1. **Datos de facturación**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre o Razón Socialtext | | |
| CIFtext | | |
| Departamento/Persona de contactotext | | |
| Direccióntext | | CPnumber |
| Poblacióntext | Provinciatext | |
| Proyecto/Referencia/Partida de gastonumber | | |

1. **Datos de envío de factura (en caso de que no coincida con la dirección de facturación)**

Entidad text

Departamento/Persona de contacto text

Calle text

Población text CP number Provincia text

Fecha de solicitudseleccionar fecha

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma** | Director/IP/Responsable | Usuario autorizado |
|  | sign | sign |

**ANEXO**

**Información de la muestra enviada:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo y número: | Tejido: number | Casette: number | Bloque parafina: number |
| Congelado: number | Bloque OCT: number | Corte: number |
| Otros (especificar): texto | | |
| Especie: texto | | Órgano: texto | |
| Fijado: SI NO | | Tipo fijador: texto | |

**Servicios solicitados (marcar todos los que correspondan e indicar nº de unidades):**

**Procesamiento:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Descalcificación: | Ácido: number | Osteosoft: number | | | | |
| Inclusión parafina: number |  | | | | | |
| Congelar en OCT: number | Fijado: SI NO | Crioprotección: texto | | | | |
| Contrastar con DAPI y montar: number | |  | | | |  |
| Cortes parafina: | Nº bloques: number | Grosor cortes: number µm | | | |  |
| Porta convencional: | Porta superfrost | Tubo | | | |
| Nº portas /bloque: number | Nº cortes/porta: number | | | | |
| Seriados | En series de: number (portas) | | | | |
| Cortes criostato: | Nº bloques: number | Grosor cortes: number µm | | | |  |
| Porta superfrost: | Tubo | | |  | |
| Nº portas /bloque: number | Nº cortes/porta: number | | | | |
| Seriados | En series de: number (portas) | | | | |
| Tinción: | HE number | T. Masson number | | PAS number | | |
| Rojo Sirio number | Verhoeff's-VG number | | Fat Red number | | |
| Otras (especificar): | texto | | | | |
| Se debe indicar, por favor, si las muestras tienen algún requerimiento en especial, p. ej. realizar cortes a un determinado nivel, debastar el bloque "x" µm entre series, etc.  **texto** | | | | | | |
| Ver listado de muestras (marcar este apartado y rellenar el listado si los servicios solicitados no se ajustan a este formulario) | | | | | | |

**IHQ/IF:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Puesta a punto del protocolo | | | Realización en un grupo de portas: number | | | | | |  |
| Tipo de marcaje: | Enzimático EnVision Estrep-HRP | | | | | | Fluorescencia | | |
| Simple | | | | | Doble | | | Triple |
| Si el tejido es de ratón y el Ac primario está obtenido en ratón, indicar: | | | | Inmunocompetente | | | Inmunodeprimido | | |
| Anticuerpo/s primario/s:  texto  texto  texto | | Casa Comercial:  texto  texto  texto | | | Referencia:  texto  texto  texto | | | Especie:  texto  texto  texto | |
| El anticuerpo primario será proporcionado por el solicitante.  Adjuntar publicaciones en las que se haya utilizado para la misma aplicación. | | | | | | | | | |

**TMA (matriz tisular en parafina):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diámetro agujas: | 0,6 mm | | 1 mm | |
| 1,5 mm | | 2 mm | |
| Construcción TMA: | Nº bloques TMA: number | Nº total cilindros: number | | Diseño: No (incluir la plantilla) Sí |
| Cortes TMA: | Portas superfrost: number | | Cilindro en tubo: number | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uso criostato:** | Nº horas uso: number | Nº horas formación: number |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otros:** | Reactivos (especificar):  texto  texto  texto | Moldes OCT: number |
|  | | |

**LISTADO DE MUESTRAS ENTREGADAS: es necesario rellenar este apartado si los servicios solicitados para cada muestra o grupo de muestras son diferentes y es complicado especificarlo en el formulario de la página anterior.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ID casette/muestra | Comentarios: orientación de los cortes, espesor, seriados, especulares, montajes especiales, etc. | |
| 1 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 2 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 3 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 4 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 5 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 6 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 7 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 8 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 9 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 10 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 11 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 12 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 13 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 14 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 15 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 16 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 17 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 18 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 19 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |
| 20 | Haga clic aquí para escribir texto. | | Haga clic aquí para escribir texto. |

**DATOS ENTREGA (a cumplimentar por la Plataforma en el momento de la entrega)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Retirado por:** | Nombre y Apellidos: | text |
| Firma: sign | Email: | text |
| Tfno contacto | number |
| Laboratorio/Dpto. | text |
|  | | |
| **Entregado por:** | Nombre y Apellidos: | text |
| Fecha: | Seleccionar fecha. |
| **Observaciones:** |  | |