|  |  |
| --- | --- |
| **Plataforma** | **MORFOLOGIA** |
| **Ubicación** | **Centro de Investigación Médica Aplicada** Laboratorio B.03Avda. Pío XII 55, Edificio CIMA31008 Pamplona (Navarra) |
| **Contacto** | **Dª. Laura Guembe Echarri -** **lguembe@unav.es**948.194.700, Ext. 5022**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:textotextotexto | Casa Comercial:textotextotexto | Referencia:textotextotexto | Especie:textotextotexto |
| 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): textotextotexto | [ ] 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:** |  |