



SERVIZOS DE APOIO Á INVESTIGACIÓN (SAI)
Universidade da Coruña
Edificio Servizos Centrais de Investigación
Campus de Elviña, s/n - 15071 A Coruña



F-SAI-01-J-c
Edición 3

Página 1 de 3

**SOLICITUD DE
PCR EN TIEMPO REAL**

UNIDAD DE BIOLOGÍA MOLECULAR (UBM)

ESPACIO RESERVADO PARA LOS SAI

Fecha de entrada:	<input type="checkbox"/> Correo
Recibido:	<input type="checkbox"/> Se adjunta carta
Situación:	
Rechazo (motivo y firma):	
Informe:	Fecha de análisis:

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre y apellidos:	Código de usuario:
Departamento/institución/empresa:	
Teléfono:	Extensión:
Correo electrónico:	Fdo.:

FORMA DE PAGO

N.º aplicación presupuestaria (sólo usuarios de la UDC):	N.º de presupuesto (si lo tiene):		
Datos fiscales (si son distintos de los indicados en el alta de usuario)			
Entidad:	CIF:		
Dirección:	Localidad:	Provincia:	C.P.:

DEVOLUCIÓN DE MUESTRAS

Devolución de las muestras (por cargo de la persona solicitante): Sí No (las muestras se conservarán 3 meses desde la entrega de los resultados)

OBSERVACIONES

ANÁLISIS SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> EXTRACCIÓN DE ARN: <input type="checkbox"/> Células en monocapa <input type="checkbox"/> Levaduras <input type="checkbox"/> Tejido animal <input type="checkbox"/> Tejido vegetal
<input type="checkbox"/> RT-PCR:
<input type="checkbox"/> CUANTIFICACIÓN DE ADN: Tipo de sonda: <input type="checkbox"/> SYBRGreen <input type="checkbox"/> Taq Man <input type="checkbox"/> Molecular Beacon Otra: Curva estándar: <input type="checkbox"/> 100 ng <input type="checkbox"/> 10 ng <input type="checkbox"/> 1 ng <input type="checkbox"/> 100 pg <input type="checkbox"/> 10 pg <input type="checkbox"/> 1 pg Otra: Controles: <input type="checkbox"/> Positivo [.....ng/µL] <input type="checkbox"/> Negativo Programa de PCR:
<input type="checkbox"/> EXPRESIÓN GÉNICA: Tipo de sonda: <input type="checkbox"/> SYBRGreen <input type="checkbox"/> Taq Man <input type="checkbox"/> Molecular Beacon Otra: Diluciones: <input type="checkbox"/> 100 ng <input type="checkbox"/> 10 ng <input type="checkbox"/> 1 ng <input type="checkbox"/> 100 pg <input type="checkbox"/> 10 pg <input type="checkbox"/> 1 pg Otra: N.º de réplicas: <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 Otra: Controles: <input type="checkbox"/> Actina <input type="checkbox"/> GAPDH Otra: Programa de PCR:
<input type="checkbox"/> PURIFICACIÓN DEL PRODUCTO DE PCR

IDENTIFICACIÓN y DATOS DE LAS MUESTRAS

N.º de muestras:			N.º de ensayos:		
N.º SAI	Cod.	Nombre de la muestra (máx. 8 letras o núms.)	N.º SAI	Cod.	Nombre de la muestra (máx. 8 letras o núms.)
	1			25	
	2			26	
	3			27	
	4			28	
	5			29	
	6			30	
	7			31	
	8			32	
	9			33	
	10			34	
	11			35	
	12			36	
	13			37	
	14			38	
	15			39	
	16			40	
	17			41	
	18			42	
	19			43	
	20			44	
	21			45	
	22			46	
	23			47	
	24			48	

DISEÑO DE LA PLACA

Nombre del ensayo:						Placa n.º:						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A												
B												
C												
D												
E												
F												
G												
H												

Para muestras adicionales, utilice el número de copias de esta página que sea preciso e indique el número de páginas que entrega: ____ .

REQUISITOS PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS

Requisitos generales

- Las muestras deben venir acompañadas de la hoja de **solicitud debidamente cubierta**.
- Todas las muestras deben venir **identificadas de forma única**, con el código identificativo marcado de forma indeleble sobre su vial o contenedor.
- Las muestras se inspeccionarán a su llegada al servicio y se rechazarán cuando no estén debidamente identificadas, si los contenedores llegan rotos o dañados, o si se diese alguna circunstancia que imposibilite la correcta realización de los ensayos.

Requisitos específicos para PCR en tiempo real

- **Volumen mínimo** de la muestra de 10 microlitros
- **Concentración mínima** de la muestra de la primera dilución solicitada