







UNIDAD DE ESPECTROSCOPIA MOLECULAR (UEM)
Solicitud de análisis de RMN
Nombre
Dpto./Lab.
Muestra

		<b>SERVIZOS DE APOIO Á INVESTIGACIÓN (SAI)</b> Universidade da Coruña Edificio Servizos Centrais de Investigación Campus de Elviña, s/n - 15071 A Coruña		 UNIVERSIDADE DA CORUÑA F-SAI-01-O-c Edición 3 Página 1 de 2					
Nombre:		Dpto.:	Código usuario:						
Ext.:	Correo electrónico:								
<input type="checkbox"/> Rechazo:		¿Devolver muestra? <input type="checkbox"/> Si*1 <input type="checkbox"/> No							
Nombre de la muestra:			Conservación:						
Exp.	Inst.	Parámetros	O	Exp.	Inst.	Parámetros	O	Disolvente	
<input type="checkbox"/> 1H				<input type="checkbox"/> 31P				<input type="checkbox"/> CDCl3	<input type="checkbox"/> CD3NO2
<input type="checkbox"/> 13C				<input type="checkbox"/> 19F				<input type="checkbox"/> D2O	<input type="checkbox"/> (CD3)2CO
<input type="checkbox"/> DEPT				<input type="checkbox"/> TVAR				<input type="checkbox"/> CD3CN	<input type="checkbox"/> C5D5N
<input type="checkbox"/> COSY				<input type="checkbox"/> ROESY				<input type="checkbox"/> (CD3)2SO	<input type="checkbox"/> C6D6
<input type="checkbox"/> HSQC				<input type="checkbox"/> DOSY				<input type="checkbox"/> CD3OD	<input type="checkbox"/> CD2Cl2
<input type="checkbox"/> HMBC				<input type="checkbox"/> .....				<input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> NOESY				<input type="checkbox"/> .....					

UNIDAD DE ESPECTROSCOPIA MOLECULAR (UEM)
Solicitud de análisis de RMN
Nombre
Dpto./Lab.
Muestra

		<b>SERVIZOS DE APOIO Á INVESTIGACIÓN (SAI)</b> Universidade da Coruña Edificio Servizos Centrais de Investigación Campus de Elviña, s/n - 15071 A Coruña		 UNIVERSIDADE DA CORUÑA F-SAI-01-O-c Edición 3 Página 1 de 2					
Nombre:		Dpto.:	Código usuario:						
Ext.:	Correo electrónico:								
<input type="checkbox"/> Rechazo :		¿Devolver muestra? <input type="checkbox"/> Si*1 <input type="checkbox"/> No							
Nombre de la muestra:			Conservación:						
Exp.	Inst.	Parámetros	O	Exp.	Inst.	Parámetros	O	Disolvente	
<input type="checkbox"/> 1H				<input type="checkbox"/> 31P				<input type="checkbox"/> CDCl3	<input type="checkbox"/> CD3NO2
<input type="checkbox"/> 13C				<input type="checkbox"/> 19F				<input type="checkbox"/> D2O	<input type="checkbox"/> (CD3)2CO
<input type="checkbox"/> DEPT				<input type="checkbox"/> TVAR				<input type="checkbox"/> CD3CN	<input type="checkbox"/> C5D5N
<input type="checkbox"/> COSY				<input type="checkbox"/> ROESY				<input type="checkbox"/> (CD3)2SO	<input type="checkbox"/> C6D6
<input type="checkbox"/> HSQC				<input type="checkbox"/> DOSY				<input type="checkbox"/> CD3OD	<input type="checkbox"/> CD2Cl2
<input type="checkbox"/> HMBC				<input type="checkbox"/> .....				<input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> NOESY				<input type="checkbox"/> .....					

UNIDAD DE ESPECTROSCOPIA MOLECULAR (UEM)
Solicitud de análisis de RMN
Nombre
Dpto./Lab.
Muestra

		<b>SERVIZOS DE APOIO Á INVESTIGACIÓN (SAI)</b> Universidade da Coruña Edificio Servizos Centrais de Investigación Campus de Elviña, s/n - 15071 A Coruña		 UNIVERSIDADE DA CORUÑA F-SAI-01-O-c Edición 3 Página 1 de 2					
Nombre:		Dpto.:	Código usuario:						
Ext.:	Correo electrónico:								
<input type="checkbox"/> Rechazo :		¿Devolver muestra? <input type="checkbox"/> Si*1 <input type="checkbox"/> No							
Nombre de la muestra:			Conservación:						
Exp.	Inst.	Parámetros	O	Exp.	Inst.	Parámetros	O	Disolvente	
<input type="checkbox"/> 1H				<input type="checkbox"/> 31P				<input type="checkbox"/> CDCl3	<input type="checkbox"/> CD3NO2
<input type="checkbox"/> 13C				<input type="checkbox"/> 19F				<input type="checkbox"/> D2O	<input type="checkbox"/> (CD3)2CO
<input type="checkbox"/> DEPT				<input type="checkbox"/> TVAR				<input type="checkbox"/> CD3CN	<input type="checkbox"/> C5D5N
<input type="checkbox"/> COSY				<input type="checkbox"/> ROESY				<input type="checkbox"/> (CD3)2SO	<input type="checkbox"/> C6D6
<input type="checkbox"/> HSQC				<input type="checkbox"/> DOSY				<input type="checkbox"/> CD3OD	<input type="checkbox"/> CD2Cl2
<input type="checkbox"/> HMBC				<input type="checkbox"/> .....				<input type="checkbox"/> .....	
<input type="checkbox"/> NOESY				<input type="checkbox"/> .....					

## 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.  
  
**El servicio no se responsabiliza de la identificación de los tubos de RMN no marcados con el nombre de la muestra.**
- 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.
- **\*1Devolución de muestras:** Cada usuario se responsabilizará en la devolución de la muestra una vez se realice el análisis. Las muestras no devueltas se conservarán 6 meses después de la entrega de resultados.

### Requisitos específicos para resonancia magnética nuclear

- Altura mínima del **disolvente** en los tubos: **4 cm**.
- Longitud mínima de los tubos: **17 cm**.
- La **calidad** de los tubos deberá ser la adecuada para el instrumento a utilizar.
- No se admitirán tubos que presenten cualquier tipo de **roturas o daños**.
- Las muestras serán disoluciones en disolventes deuterados de pureza adecuada, **libres de precipitados**, y se recomienda que estén **filtradas**.
- Se debe evitar la presencia de **sales** en la muestra o mantener su concentración en el mínimo, con el fin de evitar la degradación de la resolución espectral.