****

**فرم درخواست Real Time PCR**

**تاریخ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| توسط متقاضی | مشخصات | نام و نام خانوادگی: | کد ملی: |
| **تلفن همراه:** | **نام دانشگاه/ شرکت/ موسسه وابسته:** |
| **تلفن ثابت:** | **پست الکترونیک:** |
| **در خواست نمونه** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام یا تعداد نمونه ها**  | **نام ژن ها**  | **نام رنگ یا پروب** | **نوع آزمون ریل تایم (کیفی، کمی، استاندارسازی و ...)** | **هدف از انجام** **ریل تایم** | **برنامه ریل تایم** |
| 1 |   |  |  |  |  |  |
| 2 |   |  |  |  |  |  |
| 3 |   |  |  |  |  |  |
| 4 |   |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| **نکته مهم:** آزمایشگاه از تحویل نمونه های پاتوژن معذور است. |
|  **شرایط پذیرش نمونه** | * **آماده سازی نمونه ها باید در پلیت های 96 خانه مخصوص دستگاه ABI و یا استریپ های 0.1µL شفاف و مخصوص ریل تایم انجام شود.**
* **کلیه مراحل آماده سازی و حمل نمونه ها به آزمایشگاه باید با دستکش انجام شود و از تماس با دیواره استریپ ها اکیدا خودداری کنید.**
* **از برچسب زدن یا چسباندن چسب روی درب استریپ ها یا کاور بر روی پلیت خودداری کنید.**
* **نمونه ها باید روی یخ آماده شده و در کمترین تایم بعد از آماده سازی به همراه یخ به آزمایشگاه منتقل گردد.**
* **چیدمان نمونه ها در دستگاه بر اساس پلیت های 96 خانه می باشد، لذا نحوه چیدمان نمونه ها را از قبل در نظر داشته و ثبت کنید تا زمان برای ثبت آنها در دستگاه به حداقل ممکن برسد.**
* **همراه داشتن برنامه ریل تایم ضروری است.**
 |
| **نوبت دهی و تحویل نتایج** | **دریافت نمونه ها و تحویل نتایج در حال حاضر فقط به صورت حضوری امکان پذیر است.وقت هر مراجع با توجه به تایم اشغال بودن دستگاه ها و عدم تداخل بین تایم کاری هر مراجع با مراجع دیگر به آن فرد اختصاص داده می شود لذا مراجعه به موقع هر فرد کمک شایانی به آزمایشگاه در جهت ارائه خدمات بهتر خواهد نمود.** **بدیهی است عدم حضور به موقع فرد منجر به بروز مشکلات در زمان مراجع بعدی خواهد شد و در این صورت آزمایشگاه از تحویل نمونه مراجع در خارج از زمان تخصیص داده شده معذور خواهد بود. مسئولیت رعایت اصول آماده سازی نمونه ها به عهده متقاضی بوده و چنانچه به دلیل عدم رعایت اصول آماده سازی نمونه ها در نتایج دستگاهی اختلالی ایجاد گردد، هزینه دستگاه مسترد نخواهد شد.** |

 |
|  | **آدرس پست الکترونیک:** **clab.sbu@gmail.com** **و تلفن مستقیم: 02129905427** |
|  | **نوع تعرفه: لطفاً فقط یکی از موارد ذیل را انتخاب کنید.**□ درخواست کسر هزینه از گرنت اعضای هیت علمی دانشگاه شهید بهشتیاینجانب دکتر................................................. عضو هیئت علمی دانشکده / پژوهشکده / مرکز..................................................... درخواست کسر هزینه خدمات آزمایشگاهی آقا/ خانم ............................................. را تماما □ و تا سقف......................................... ریال را دارم.□ آزاد( حقیقی- حقوقی) □ دانشجو (دارای گرنت اساتید) □ دانشجو (آزاد)   **امضا استاد راهنما:** |