|  |
| --- |
| ***Contact person : Project ID : 001\_xxxx***  Surname : …………  First Name : …………  Company/Institute : …………  Function : …………  Phone : …………  E-mail : ………… |

**Type of sample :**

* DNA – RNA
* Fixed cells
* Cryo preserved cells
* Tissue
* Blood/Serum/plasma
* Other

**Origin :**

* Plant
* Animal
* Human
* Other

| **Contamination status of the samples** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unknown/ Non tested** | | | | |
| **Not contaminated** | | | | |
| **Contaminated** | **CR\*** | | **Transmission method\*\*** | **Inactivation** |
| **H** | **A** |
| Bacteria : |  |  |  | Yes  No |
| Virus : |  |  |  | Yes  No |
| Fungi and yeasts : |  |  |  | Yes  No |
| Parasites : |  |  |  | Yes  No |
| Others : |  |  |  | Yes  No |

*Please specify the category of risk (CR) for human (H), and/or animal (A) as well as transmission method of the pathogen (micro-)organisms handled.*

\*Category of risk based on the belgian reference list. <https://www.biosecurite.be/node/286>.

\*\* Transmission via parenteral inoculation (for example using a biological vector), ingestion, inhaling, mucous contact, skin contact (damaged or not)…

In case of inactivation please specify the method applied: …………

Method used to assess the inactivation: …………

|  |  |
| --- | --- |
| **GMO (Genetically Modified Organism, regardless of the method used):** | |
| Receiving organism : |  |
| Origin organism : |  |
| Vector : |  |
| Insert : |  |
| Function of the product expressed by the insert : |  |
| Resulting GMO : |  |
| Resulting Category of Risk of the GMO : |  |

Diagenode grants itself the right to refuse to take the samples in according to the information given in the present form.

By signing this form, I acknowledge the fact that the information given is true and accurate.

***Person in charge :***

Surname : …………

First Name : …………

Function : …………

Phone : …………

E-mail : …………

Done in [City] on the [Date]

Signature :

**輸出に関する情報提供**

**1.サンプル調製方法について　(必須)**

**DNA/RNAサンプルの場合**

RNase処理済

proteinase K 処理済

DNA/RNA抽出キットの使用

キット名 (　　　　　　　　　　　　　　　　)

メーカー名 (　　　　　　　　　　　　　　　　)

**細胞サンプルの場合**

細胞の分類

Human

Mouse

Rat

その他 (　　　　　　　　　　　　)

細胞の入手元

市販細胞　(入手先：　　　　　　　　　　　　　)

※ATCC, JCBR 等。入手先不明の場合は「不明」と記載ください。

初代培養細胞 (当てはまる場合は下記のいずれかをご選択ください)

ヒトまたは霊長類 (臨床検体)

健常者

疾患患者 (病名：　　　　　　　　　　)

上記以外の哺乳類または齧歯類

使用培養培地の指定毒物・劇物の有無

有

毒物　(指定成分：　　　　　　　　　　)

劇物　(指定成分：　　　　　　　　　　)

無

**2.サンプル溶解Bufferについて　(必須)**

dH2O

TE Buffer

その他　(　　　　　　　　　　)

**3.サンプル調製・送付方法について　(必須)**

弊社のサンプル調製・送付ガイドラインを一読の上、サンプルを調製・送付することを保証します。

**4.その他ご要望事項**

|  |
| --- |
|  |

**注意事項**

本受託サービスは研究用途のみに使用してください。

いかなる動物またはヒトの治療・診断用途にも使用しないでください。

ヒト生体試料ご提供いただく場合はお客様ご所属施設の倫理委員会等で承認され、匿名化された検体をご提供ください。

上記内容を確認後、弊社担当者から解析作業の可否をご連絡いたします。

ご依頼の内容によっては、お時間を頂戴することがございますが、何卒ご理解のほどお願い申し上げます。