**类器官培养服务需求表**

**1、申请人基本信息（必填，作为快递发送产品的依据）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请人姓名： | Email： | 电话: |
| 职位： | 单位： | 部门/课题组： |
| 地址： |

**2、服务需求表（必填）：**

|  |  |
| --- | --- |
| 样本类型： |  |
| 样本总量：  |  |
| 样品取样时间： |  |
| 样品运输方式： |  |
| 预计交付周期： |  |
| 类器官H&E鉴定： |  |
| 类器官IHC鉴定： |  |
| 类器官测序鉴定： |  |
| 其他需求： |  |
| 备注： |  |

注：1、手术标本:黄豆大小 2、穿刺标本: 至少1cm长，数量2-3条，并于专用组织保护液4℃保存运输，腹水样本50-100ml（＞30ml）4℃保存运输，于48小时内运送至我方实验室。建议组织越多越好

**3、交付标准：**

**1、类器官：**传代扩增第2代， 5×105个细胞/管

**2、培养报告：**完整报告一份

