

**SOLICITUD DE MUESTRAS TISULARES PARA
INVESTIGACION BIOMEDICA**

Título del Proyecto:

Investigador Principal:

Nombre y Apellidos:

Telefono:

email:

Institución:

Programa/grupo

TEJIDO SOLICITADO:

Tipo de neoplasia requerida:

Localización anatómica:

Características de la neoplasia:

Tejido normal del mismo paciente:

SI NO

Validez de tejido previamente ttdo con RT y/o QT:

SI NO

Validez de tej. Procedente de necropsia:

SI NO

Limitaciones de género y/o edad:

Nº total de casos cedidos:

Cantidad de tejido para cada muestra:

Nº de bloques Tej. Congelado:	
Grosor/Nº de cortes:	
Nº de Bloques Tej. Fijado:	
Nº cortes para IHC:	
Otros:	

Fecha inicio de recepción de las muestras:

**Descripción de los requisitos
del tejido y otros comentarios:**

Firma del IP responsable del proyecto:

Firmado:

Fecha:

Enviar a:

jfgarcia@mdanderson.es

biobanco@mdanderson.es

A rellenar por el Banco de Tumores:

Referencia de la

Petición:

Fecha de entrada

Fecha de resolución: