

FACS Core Facility Zentrum Medizinische Grundlagenforschung

Leiter: **Prof. Dr. Andreas Simm**
Administrator: **PD Dr. HJ Brömme**
Tel. 0345-557-4009 o. 4108
E-Mail: h-j.broemme@medizin.uni-halle.de

Anmeldung LSR II Fortessa Bitte ausgefüllt zum Analyse-Termin mitbringen 1/2
Die Nutzerverordnung der CF FACS wurde gelesen

Name:	_____	Kostenstelle:	_____
Projektleiter:	_____	Institut/Klinik:	_____
Anschrift:	_____	Telefon:	_____
E-Mail:	_____	Auftrags-Nr:	_____
Projekt-Nr:	_____	Unterschrift:	_____
		Datum:	_____

Projekt (Beschreibung des Experiments/Zweck der Analyse)

Zelltyp (und Name der Zelllinie): _____

Spezies: human Maus andere _____

Herkunft: Zellkultur ex vivo _____ (Gewebe/Organ)

Lebende Zellen fixierte Zellen wie fixiert? _____

Ist Probe infektiös? ja potentiell infektiös nein nicht bekannt

Sind Zellen gentechnisch verändert/transfiziert ja nein (nur S1 zulässig)

Sonstige sicherheits- und gesundheitsrelevante Informationen zur Probe: _____

Ist Probe Mykoplasmen-negativ? ja nein nicht getestet

Einmalige Leistung: mehrmalige Leistung von _____ bis (ca.) _____

Zellpräparation:

Neigen Ihre Zellen zum Verklumpen: ja/nein

Wurden die Zellen durch ein 40 µm Zellsieb pipettiert? ja nein

Benötigte Kontrollen:

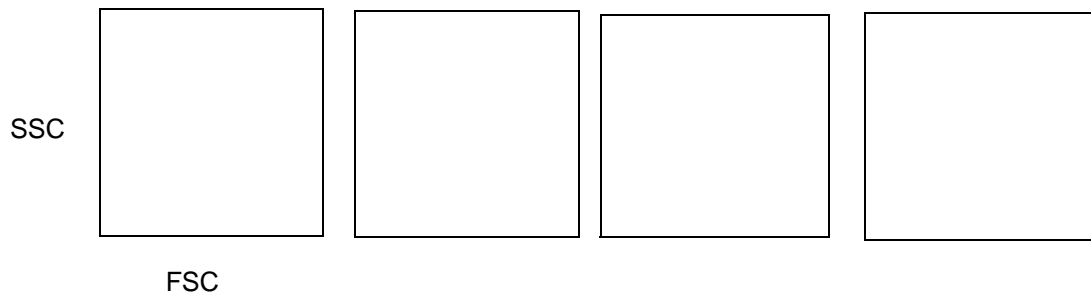
- ungefärbten Zellen
- Für jedes Fluorochrom eine Einzelfärbung

Hinweis: Ohne Kontrollen ist keine korrekte Kompensation möglich.

Layout: (falls bekannt)

(Bitte Populationen, Gates und Fluorochrom eintragen oder FACS-Ausdruck beilegen)

Welche Populationen sind für Sie von Interesse?



Ausgangszellzahl/ml _____ Ausgangsvolumen (ml) _____