

Feuille de liaison MoFlo

Responsable équipe/direct											
Nom :					Prénom :						
Tél :					Fax :						
E-mail :											
Nom du laboratoire/équipe :											
Adresse :											
Code postal :					Ville :						
Responsable de l'expérimentation											
Nom :					Prénom :						
Tél :					Fax :						
E-mail :											
RDV Moflo (tri)											
Date :		Heure prévue :		Durée prévue du tri			Coût HT				
		Heure d'arrivée		fin		Durée réelle: <small>heure de fin-heure prévue</small>		Coût HT			
Nature de l'échantillon											
Espèce				Organe							
Type cellulaire											
Echantillons infectieux		Oui		Non		Nom					
						Classification					
Précautions particulières											
Fragiles				Stérilité importante				Système RNase free			
Autres											
Travaux											
Cellules seules				Contrôle isotypique				Contrôle de compensation <small>(mono-marquages)</small>			
Contrôle FMO (cellules avec tous les anticorps du multi-marquage sauf 1 remplacé ou non par son isotype)											
Nombre de population(s) récupérée(s)											
Fluorochrome(s) présent(s)											
Nombre d'échantillons/concentration cellulaire											
Clonage		Oui		Non		Type de plaque					
Tri haute vitesse		Oui		Non		Tri stérile		Oui		Non	
Remarques											
A Créteil le :		le responsable de l'expérimentation				la technicienne de la plateforme					
		<i>Je m'engage à avoir obtenu l'autorisation de mon responsable pour cette dépense.</i>									