**Servicio de Laboratorio**

**Formulario Información Técnica Proyectos de Investigación**

*Completar por el Investigador Responsable. Enviar a: investigacion@ucchristus.cl*

Fecha: Haga clic aquí para escribir una fecha.

Nombre Completo: Haga clic aquí para escribir texto.

Nombre Proyecto: Haga clic aquí para escribir texto.

Teléfono:Haga clic aquí para escribir texto.

Email:Haga clic aquí para escribir texto.

Facultad: Haga clic aquí para escribir texto.

Departamento: Haga clic aquí para escribir texto.

* ¿Las muestras biológicas para análisis, una vez recolectadas llegarán al laboratorio a través de? REVISAR SINFEX

 [ ]  Unidad Toma de Muestras UC-Christus

 [ ]  Otro: Haga clic aquí para escribir texto.

* ¿Las muestras biológicas, antes de ser sometidas a análisis, requieren de alguna condición especial?

[ ] Sí, obtención de alícuotas para almacenamiento a ºC.

[ ] Sí, obtención de frotis sanguíneos sin teñir.

[ ] Sí, obtención de frotis sanguíneos teñidos.

[ ] Otro: Haga clic aquí para escribir texto.

[ ] No.

* ¿Las muestras biológicas, luego de ser analizadas, requieren de alguna condición especial?

[ ] Si, obtención de alícuotas para almacenamiento y posterior envío a Haga clic aquí para escribir texto. La frecuencia del envío será de: Haga clic aquí para escribir texto.

[ ] Otro:Haga clic aquí para escribir texto.

[ ] No.

* Los pacientes participantes del estudio serán identificados en los Informes de Laboratorio con:

 [ ] Sus datos personales (se requiere nombre completo, RUT, fecha de nacimiento y sexo).

[ ] Identificación numérica o alfa numérica asignada por el investigador. (El SLC genera RUT provisorio)

[ ] Otra: Haga clic aquí para escribir texto.

* Con respecto a los Resultados de Laboratorio:

[ ] Serán retirados desde la UTM, o Intranet, o sitio <http://www.saluduc.cl> (con RUT y Episodio)

[ ] Otro:Haga clic aquí para escribir texto.