

Bilaga 5a - Resurstöd för provhantering vid kliniskt forskningslaboratorium (KFL)

1. Forskningsstudien
Forskningshuvudman
Studiens namn och ev. arbetsnamn
Bakgrund och syfte (kort sammanfattning)
Etikansökan (klinisk studie)/EU-prövningsnummer (klinisk prövning av läkemedel)/ CIV-ID (klinisk prövning av medicinteknisk produkt): ☐ Ja, Diarie-nr
☐ Nej, kommentar
Biobanksansökan (BA): ☐ Ja, BA-nr
☐ Nej, kommentar
Ge en kort beskrivning nedan av önskat resurstöd:

2. Kontaktuppgifter
Huvudansvarig forskare (namn)
Arbetsplats (verksamhet/institution)
Mailadress
Telefonnummer
Annan kontaktperson (namn)
Arbetsplats (verksamhet/institution)
Mailadress

Telefonnummer

3. Studieperiod

Planerat startdatum för studien:

Planerat slutdatum för studien:

4. Prover

ÖVERLÄMNING AV PROVER

☐ Proverna lämnas på KFL

☐ Proverna skickas med rörpost

☐ Proverna skickas med post

☐ Proverna ska hämtas

Var:

PROVMATERIAL OCH HANTERING

Provtyp (ex. EDTA-rör, serumrör, PAX-rör)	Antal (ex. 2*6 ml)	Centrifugering	Alikvotering	PBMC	Annat
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☒	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐
		☐	☐	☐	☐

Ge en kort beskrivning nedan av provmaterial och hantering med fokus på sökt resurstöd

CENTRIFUGERING

Provtyp	Svensk standard*	Tid min/max innan centrifugering	RCF (g)	Centrifugeringstid	Acceleration	Deceleration	Temperatur °C
	☐				Välj ett objekt.	Välj ett objekt.	
	☐				Välj ett objekt.	Välj ett objekt.	
	☐				Välj ett objekt.	Välj ett objekt.	
	☐				Välj ett objekt.	Välj ett objekt.	
	☐				Välj ett objekt.	Välj ett objekt.	

* Nationella riktlinjer för preanalytisk hantering av vätskebaserade prov för forskning

<https://biobanksverige.se/wp-content/uploads/y2-nationella-riktlinjer-for-preanalytisk-hantering-av-vatskebaserade-prov-for-forskning.pdf>

ALIKVOTER			
Provtyp	Antal	Volym	Alikvotrör
	Välj ett objekt.		Välj ett objekt.
	Välj ett objekt.		Välj ett objekt.
	Välj ett objekt.		Välj ett objekt.
	Välj ett objekt.		Välj ett objekt.
	Välj ett objekt.		Välj ett objekt.

TID TILL FRYS	
Provtyp	Maximal tid från provtagning till frys

ANNAT	
Provtyp	Beskrivning av önskad hantering

TID OCH TILLFÄLLEN	
Bokade patienter ☐ Ej bokade patienter ☐	
Dagar prover kan inkomma:	☐ Måndag ☐ Tisdag ☐ Onsdag ☐ Torsdag ☐ Fredag
Tillfällen per vecka:	Period: (år-mån till år-mån)
Totalt antal individer:	Antal provtagningstillfällen per individ:
Beskriv provtagningstillfällen (t.ex. Inklusion, efter 6v, efter 12 v, efter 52v) nedan:	

Ifylld blankett mailas till kfl@regionorebrolan.se