**مشخصات متقاضی:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگي/ شرکت: | نام سازمان: | کد ملی/ شناسه ملی: |
| تلفن تماس: | پست الکترونیک(ضروری): | معرف: |
| شماره طرح مصوب در پژوهشگاه: | تعداد نمونه (ها): | تاریخ تحویل نمونه: |
| آیا متقاضی دریافت حمایت از شبکه آزمایشگاهی راهبردی (لبزنت) هستید؟ بلی خیر | | |

**روند انجام آزمون:**

در ابتدا برای انجام این آزمون فرم درخواست خدمات آزمایشگاهی آزمون های مبتنی بر نمونه DNA و انجام PCR (به منظور استخراج DNA، انجام واکنش PCR با آغازگرهای16S rRNA) کامل شده و انجام می­شود و سپسنمونه به منظور توالی یابی سنگر ارسال شده و در نهایت آنالیز نتایج داده­ها با استفاده از نرم افزار ChromasPro در پایگاه های داده NCBI و EzBioCloud انجام خواهد شد.

**شرایط تحویل نمونه:**تحویل نمونه به صورت کشت تازه و فعال باکتری به صورت تک کلونی روی پلیت و یا DNA استخراج شده به صورت خاالص می باشد.

1. در برخی از باکتری های با دیواره سلولی سخت، استخراج DNA با روش های معمول امکان پذیر نیست. بنابراین لازم است متقاضی هرگونه اطلاعات در مورد محل استخراج نمونه، شرایط رشد، رنگ کلنی، شکل میکروسکوپی و ... را در بخش توضیحات فرم پذیرش وارد نماید.
2. در صورتی که به هر دلیل انجام آزمون در مورد باکتری خاصی امکان پذیر نباشد، به اطلاع متقاضی خواهد رسید.
3. در مورد این آزمون، خالص بودن سویه ضرورت دارد. در صورت وجود بیش از یک ژن 16S rRNA در نتایج تعیین توالی (که معمولا ناشی از خالص نبودن کشت باکتریایی است) ممکن است منجر به خطا در شناسایی شده و این مرکز مسئولیتی در قبال این امر نخواهد داشت.
4. این آزمون در ابتدا با یک پرایمر اختصاصی تا مرحله بهینه سازی دمای اتصال پرایمر پیش خواهد رفت در صورت عدم وجود باند مناسب با پرایمر اول مجددا فرآیند با پرایمر اختصاصی جایگزین ( همراه با پرداخت هزینه پرایمر جایگزین) تکرار خواهد شد.
5. لطفا نمونه به مقدار کافی (برای انجام حداقل 3 بار تکرار آزمایش) در اختیار آزمایشگاه قرار داده شود.
6. در حال حاضر باکتری های بی هوازی به صورت DNA استخراج شده تحویل گرفته می شوند.
7. روش تعيين توالی ژن 16S rRNA با استفاده از پرايمرهای موجود در مورد برخی باکتری های با ساختار ژنومي پيچيده همانند اعضای خانواده اکتينوميست ها، اسيدفست ها و آرکي ها ممکن است مناسب نباشد و نيازمند طراحی پرايمرهای اختصاصي است که در شمول اين آزمون قرار نمي گيرد و مستلزم پرداخت هزينه مجدد است.
8. فقط نمونه های تا سطح دو ایمنی (Biosafety level 2) پذیرفته می شوند.
9. مسئولیت تهیه بک آپ از نمونه ها به عهده متقاضی است.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام نمونه** | **نوع نمونه** | | **نوع گرم** | | **محیط کشت** | **دمای رشد** | **مدت زمان گرماگذاری** | **نوع باکتری** | | **منبع جداسازی باکتری** |
| **تک کلون** | **DNA** | **منفی** | **مثبت** | **هوازی** | **بی هوازی** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**هزینه خدمات:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نوع خدمت** | **قیمت واحد (ریال)** | تعداد نمونه | **مبلغ کل خدمت (ريال)** |
| توالی یابی هر سویه باکتری | متغیر است |  |  |
| آنالیز نتایج داده­ها | 3,500,000 |  |  |
| هزینه PCR با پرایمر های جایگزین | 4،500،000 |  |  |
| \* مبالغ فوق برای انجام آزمایش با یک جفت پرایمر می باشد.  \*انجام هر آزمون پس از دریافت نمونه، پرداخت هزینه و مطابق برنامه زمانی که توسط کارشناس به متقاضی محترم اعلام می گردد، انجام خواهد شد. | | | |
| توضیحات متقاضی در رابطه با آزمون/ نمونه ها/روش مورد استفاده:  نام و امضاء متقاضی- تاریخ: | | | |
| اینجانب .................................. متعهد می­شوم:   * نمونه ها تا سطح دو ایمنی آزمایشگاه بوده، فاقد هرگونه آلودگی به عوامل بیماریزا قابل انتقال به انسان و تهدید کننده سلامت کارشناس و فاقد ترکیبات آسیب رسان به تجهیزات مورد استفاده می باشد. در صورت اثبات خلاف آن، تمام مسئولیت آن را می پذیرم. * در صورت عدم دستیابی به نتایج مطلوب، نسبت به ثبت درخواست و ارسال مجدد نمونه با شرایط مطلوب اقدام نمایم. نام و امضاء متقاضی: | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مدیر خدمات تخصصی** | **هزینه انجام خدمات آزمایشگاهی :**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **مجموع هزینه خدمات آزمایشگاهی موردتقاضا (ریال):** | **کسر می شود** | | **مبلغ قابل پرداخت** (ریال) | | **تخفیف(ریال)** | **میزان حمایت (ریال)** | | مجموع هزینه خدمات آزمایشگاهی مورد تقاضا: |  |  |  | | مجموع پیش پرداخت: |  |  |  | | مبلغ باقیمانده: |  |  |  | | | | | |
| **مسئول فنی** | امکان پذيري انجام آزمون: □ ممكن مي باشد □ ممكن نمي باشد تاييد مسئول فنی:  توضیحات: | | شماره درخواست | | تاریخ جواب |
|  | |  |
| **امورمالی** | **پرداخت به حساب درآمدهای اختصاصی پژوهشگاه – خزانه داری کل:**  **ورود به وبگاه** [**https://nigeb.ac.ir/web/ap**](https://nigeb.ac.ir/web/ap) **و پرداخت هزینه آزمون** | | | □ پرداخت به مبلغ: ریال  مورد تائید است.  تاریخ و امضاء کارشناس مالی | |
| خواهشمند است پس از دریافت گزارش آزمون نسبت به تکمیل "**فرم نظرسنجی از مشتریان**" اقدام و آنرا به آدرس فوق ایمیل نمائید.  توجه:کلیه مواد تحویلی اعم از نمونه، پرایمر و ... و نتایج آزمون ها، از تاریخ پذیرش به مدت يك ماه در آزمایشگاه نگهداری مي‌شوند. تلفن تماس: 44787477 ایمیل: [service@nigeb.ac.ir](mailto:service@nigeb.ac.ir) | | | | | |
| كد فرم:**F-404-GCS-4** | | شماره بازنگري: **04** | | | |