|  |
| --- |
| *Nº de REQUISIÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| *Data de requisição: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_*  *(A ser preenchido pelo CHAIN)* |

Descrição do Projeto:

Referência do Projeto:

Fonte de Financiamento:

Nome do Investigador Responsável:

Instituição:

Contacto:

1. **Informação sobre as amostras requisitadas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Número e Tipo de Amostras e volume |  | |
| *Informação clínica (variáveis pretendidas)* |  | |
| *Aprovação da comissão de Ética (envio de Cópia)* | |  |