

FORMATO DE REGISTRO DE CRIOPRESERVACIÓN BANCO CELULAR MAESTRO

Banco de Células - Control y Trazabilidad de Muestras

Código: FO-LC-17 | Versión: 1.0 | Página 1 de 1

1. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Código de Muestra *

Fecha de Congelación *

Ej: CEL-2024-001

Línea Celular / Tipo Celular *

Número de Pase *

Ej: HeLa, fibroblastos, células madre mesenquimales, etc.

Número de pases subcultivados

Materia prima asociada

Fecha de procesamiento *

Hora de procesamiento *

2. CONDICIONES DE RECEPCIÓN

Peso *

Morfología

Ej: Descripción del estado de la placenta al recibir

Evaluación de recepción

Calcificaciones – Presente

☒ Sí

☐ No

Hidratado

☒ Sí

☐ No

Con cordón – Presente

☒ Sí

☐ No

Fibrosis – Presente

☒ Sí

☐ No

Resultados Detallados:

Observaciones

Ej: Consideraciones especiales para descongelación, Recomendaciones de uso, Historial de la línea celular

3. INFORMACIÓN ADICIONAL

Origen de la Muestra *

Ej: Donante interno, Proveedor externo, Colaboración institucional, Aislamiento primario

Características Especiales

Ej: Marcada con fluorocromo, Modificación genética, Expresión de proteína recombinante, Línea certificada

Pruebas de Control de Calidad Realizadas

- ☐ Micoplasma - Negativo
- ☐ Esterilidad - Aprobado
- ☐ Viabilidad - %

Resultados Detallados:

Observaciones

Ej: Consideraciones especiales para descongelación, Recomendaciones de uso, Historial de la línea celular

4. DATOS DE CRIOPRESERVACIÓN

Tipo de Banco Celular *

☐ Banco Celular de Trabajo ☐ Banco Celular Maestro ☐ Banco de Producción

Seleccione uno o más tipos de banco según corresponda

Tipo de Vial/Contenedor *

Ej: Vial fase líquida, Vial fase gaseosa, Tubo cónico 15ml, Tubo cónico 50ml, Criovial 1.8 ml, Criovial 2.0 ml, Criovial 4.5 ml, Ampolla de vidrio

Cantidad de Crioviales *

Volumen por Criovial (mL) *

Medio de Criopreservación *

Medio Específico

Ej: Medio de criopreservación comercial, Medio libre de suero, Medio específico para el tipo celular

Concentración Celular (células/mL) *

Viabilidad Pre-congelación (%) *

5. CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO

Nivel de Almacenamiento *

Ej: Tanque A, Rack 3, Nivel 2, Caja Roja

Canastilla / Posición *

Ej: A-12, C-08, Canastilla Verde posición 5

Temperatura de Almacenamiento (°C) *

Condiciones Especiales de Almacenamiento

Ej: Fase líquida, Fase vapor, Congelador -80°C, Ultra congelador -150°C

6. VERIFICACIONES FINALES

- ☐ Todos los campos requeridos completados
- ☐ Código de muestra verificado
- ☐ Ubicación en tanque confirmada
- ☐ Registro en base de datos actualizado

Resultados química sanguínea

Ej: *****

Resultados biometría hemática

Ej: Linfocitos, leucocitos, eritrocitos, hemoglobina, hemoglobina crepuscular, etc

Pruebas de Control de Calidad para liberar

- ☐ Hepatitis B - Negativo
- ☐ VIH - Negativo
- ☐ Hepatitis C - Negativo
- ☐ Sífilis - Negativo
- ☐ CMV - Negativo
- ☐ Toxoplasma gondii – Negativo

Resultados Detallados:

7. DATOS DEL OPERADOR

Nombre del Operador *

Nombre del Supervisor *

Firma del Operador

Firma del Supervisor

Fecha:

Fecha: