

SCI 08-002	Assigned Patient Core ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE (mm-dd-yyyy) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"><input type="text"/></input>	Collection
			PAGE <input type="text"/> <input type="text"/> of <input type="text"/> <input type="text"/>

INDIVIDUAL SPECIMEN INFORMATION

Stock Date: (mm-dd-yyyy)

Tissue Source: Surgery Autopsy Tissue Site:

TISSUE – TRUE NORMAL

Total Number of Specimens Specimen Location: Room Number

Matched Set: Whole Blood specimen from same patient Serum specimen from same patient

Specimen ID

Weight mg Slide Storage

Fresh Formalin Fixed Liquid Nitrogen Other, Please Specify: _____

Box Number Row Position

Specimen ID

Weight mg Slide Storage

Fresh Formalin Fixed Liquid Nitrogen Other, Please Specify: _____

Box Number Row Position

Specimen ID

Weight mg Slide Storage

Fresh Formalin Fixed Liquid Nitrogen Other, Please Specify: _____

Box Number Row Position

Specimen ID

Weight mg Slide Storage

Fresh Formalin Fixed Liquid Nitrogen Other, Please Specify: _____

Box Number Row Position

SCI 08-002	Assigned Patient Core ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE (mm-dd-yyyy) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Collection
			PAGE <input type="text"/> <input type="text"/> of <input type="text"/> <input type="text"/>

BLOOD –Whole Blood True Normal

Total Number of Specimens **Specimen Location:** Room Number

Matched Set: True Normal Tissue Specimen True Normal Serum Specimen

Specimen ID

Volume cc
 Fresh -80° C freezer Other, Please Specify: _____

Shelf Rack

Box Number Row Column/Position

Specimen ID

Volume cc
 Fresh -80° C freezer Other, Please Specify: _____

Shelf Rack

Box Number Row Column/Position

Specimen ID

Volume cc
 Fresh -80° C freezer Other, Please Specify: _____

Shelf Rack

Box Number Row Column/Position

Specimen ID

Volume cc
 Fresh -80° C freezer Other, Please Specify: _____

Shelf Rack

Box Number Row Column/Position

SCI 08-002	Assigned Patient Core ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE (mm-dd-yyyy) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Collection
			PAGE <input type="text"/> <input type="text"/> of <input type="text"/> <input type="text"/>

BLOOD –Serum True Normal

Total Number of Specimens **Specimen Location:** Room Number

Matched Set: True Normal Tissue Specimen True Normal Whole Blood Specimen

Specimen ID

Volume cc
 Fresh -80° C freezer Other, Please Specify: _____

Shelf Rack

Box Number Row Column/Position

Specimen ID

Volume cc
 Fresh -80° C freezer Other, Please Specify: _____

Shelf Rack

Box Number Row Column/Position

Specimen ID

Volume cc
 Fresh -80° C freezer Other, Please Specify: _____

Shelf Rack

Box Number Row Column/Position

Specimen ID

Volume cc
 Fresh -80° C freezer Other, Please Specify: _____

Shelf Rack

Box Number Row Column/Position

SCI 08-002	Assigned Patient Core ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE (mm-dd-yyyy) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Collection
			PAGE <input type="text"/> <input type="text"/> of <input type="text"/> <input type="text"/>

BLOOD –Serum Diseased/ Malignant	Total Number of Specimens <input type="text"/> <input type="text"/>
Specimen Location Room Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Matched Set: <input type="checkbox"/> Diseased Tissue specimen <input type="checkbox"/> Peri-Normal Tissue Specimen <input type="checkbox"/> Whole Blood Specimen <input type="checkbox"/> Benign Lesion	

Specimen ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Volume <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cc <input type="checkbox"/> Fresh <input type="checkbox"/> -80° C freezer <input type="checkbox"/> Other, Please Specify: _____
Shelf <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rack <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Box Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Row <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Column/Position <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Specimen ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Volume <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cc <input type="checkbox"/> Fresh <input type="checkbox"/> -80° C freezer <input type="checkbox"/> Other, Please Specify: _____
Shelf <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rack <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Box Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Row <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Column/Position <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Specimen ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Volume <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cc <input type="checkbox"/> Fresh <input type="checkbox"/> -80° C freezer <input type="checkbox"/> Other, Please Specify: _____
Shelf <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rack <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Box Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Row <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Column/Position <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Specimen ID <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Volume <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cc <input type="checkbox"/> Fresh <input type="checkbox"/> -80° C freezer <input type="checkbox"/> Other, Please Specify: _____
Shelf <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Rack <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Box Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Row <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Column/Position <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

