# GenCRISPR™定制细胞系基因敲除（Knock out）服务

# (SC1755, SC1652, SC1652-V)

#### 简介

|  |
| --- |
| 1. **请完成以下信息并发送到邮箱 bioassay@genscript.com.cn or** **protein@genscript.com****.cn；**
2. **如您对询价表中内容有疑问，请拨打我们的热线咨询：** **400-025-8686-5809，** **400-025-8686-5821；**

**3. 我们的技术人员会根据您提供的详细信息进行详细的评估，并第一时间将评估结果发至您的邮箱。** **感谢您对金斯瑞的信任与支持！** |

##### 客户信息

\*此信息为必填项，请您详细填写

|  |  |
| --- | --- |
| \***姓名：**  |       |
| \***电话：**  |       |
| \***单位名称：** |       |
| \***邮寄地址：** |       |
| \***邮箱：** |       |

**基因信息**

|  |
| --- |
| **您需要以下哪种服务？**[ ]  单基因敲除细胞系 [ ]  多基因敲除细胞系 基因数目：      |
| **目标基因名称：** **NCBI登录号 (Gene ID)：**  |
| **请您描述使用敲除细胞系的后期应用。****[ ]** 基因功能分析 [ ]  研发分析 [ ]  药物筛选 [ ]  生物生产 [ ]  肿瘤模型构建[ ]  其它应用，请说明您的特殊应用和需求：      |
| **注释:**       |
| **您是否需要金斯瑞设计gRNAs：**[ ]  不需要。请提供gRNA序列：     [ ]  是的。请提供基因信息：NCBI 登陆 ID NM or NP：     UniProt 登陆 ID：     敲除序列：      |
| **敲除目的基因后是否影响细胞生长？**[ ]  是 [ ]  否 [ ]  不确定如果是或否，请提供相关证明：       |
| **敲除目的基因是否抑制细胞存活？**[ ]  是 [ ]  否 [ ]  不确定如果是或否，请提供相关证明：      |

**宿主细胞信息**

|  |
| --- |
| **宿主细胞名称：**     **备选细胞：**      |
| **宿主细胞是否商业化？**[ ]  是，请提供商家和货号：      [ ]  否 |
| **宿主细胞由谁提供？**[ ]  客户（细胞必须无支原体污染） [ ]  金斯瑞（注：ATCC来源细胞系，需要额外的费用和采购周期） |
| **宿主细胞中目的基因的拷贝数是多少？**[ ]  单拷贝 [ ]  2个拷贝 [ ]  多拷贝，具体的拷贝数：       [ ]  不确定请提供相关证明：      |
| **您希望使用以下哪种方法富集转染细胞？**[ ]  抗性筛选 (Blasticidin 或puromycin) [ ]  流式细胞仪富集 |
| **对于细胞转染，您的建议方法是？**[ ]  化学转染，请指明试剂：      [ ]  电转，请指明程序：      [ ]  核转，请指明试剂盒和程序：      [ ]  慢病毒转染请您提供建议方法的转染效率：      |
| **以下哪种启动子在宿主细胞中作用最好？**[ ]  CMV [ ]  CBh [ ]  EF1-a [ ]  不确定[ ] 如果不在选项中，请说明：      |
| **请选择宿主细胞的生长特性。 [ ]** 贴壁 **[ ]** 悬浮 **[ ]** 贴壁和悬浮  |
| **请填写细胞生长的完全培养基。**培养基：     添加成分：      |
| **细胞传代方法：** 细胞系传代：每周传代     次，传代比例：     . |
| **您是否需要金斯瑞遵循一些特殊的培养方案？** [ ]  是，请注明在下方横线 **[ ]** 否请提供方案的相关信息，包括细胞系、任何特殊的生长表征或者是需求：           |
| **请问细胞系可以无限传代吗？** [ ]  是 **[ ]** 否 **[ ]** 不确定 |
| **请问梯度稀释会影响细胞生长速度吗？** [ ]  是 **[ ]** 否 **[ ]** 不确定 |
| **请问细胞含有对人类有害的病原物吗？**[ ]  是，请注明      **[ ]  否** |

**交付和QC标准**

|  |
| --- |
| **请选择您期望的交付物：**[ ]  CRISPR敲除多克隆细胞池[ ]  CRISPR敲除单克隆细胞系 |
| **您希望获得何种类型的基因型敲除？(由基因组测序鉴定）:**[ ]  单等位基因敲除 [ ]  双等位基因敲除 [ ]  全敲除(等位基因数目不确定) |
| **您想要多少个敲除克隆？ （数量大于3时，可能产生额外费用）**[ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  更多，请指明具体数量：      |
| **您是否需要在其他水平验证敲除细胞系（产生额外费用）：**[ ]  反转录RT-PCR（通过测序在mRNA水平验证INDELs） [ ]  Western blot（客户提供已验证的抗体）。请提供货号     [ ]  流式分析（客户提供已验证的抗体)。请提供货号      |
| **请选择您需要的其它用于表征敲除细胞系的分析服务（产生额外费用）：**[ ]  Off-target 分析 [ ]  其他，请指明：      |

**项目信息**

|  |
| --- |
| **请问此项目是用于拨款申请的吗？** [ ]  是 [ ]  否 |
| **请问您何时开展此项目？**[ ]  立即马上 [ ]  一个月之内 [ ]  3个月之内 [ ]  半年后 |