|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DATE DE LA DEMANDE** | | |
| **Le :** | | |
| 1. **DEMANDEUR** | | |
| **NOM – Prénom :** | | Fonction : |
| **Tél** : | | **Fax**: |
| **Adresse mail** : | | |
| **Organisme (***Nom, adresse***):** | | |
| **Appartenant à la communauté ICAN (sens le plus large – salarié, membre d’équipe affiliée…)? oui/non** | | |
| 1. **LA COLLECTION** | | |
| **Titre court** *(acronyme)***:** |  | |
| **Titre long :** |  | |
| **Date de début** |  | |
| **Date de fin** |  | |
| Constitution d’une nouvelle collection  Requalification des ressources biologiques pour la recherche  Hébergement d’une collection déjà constituée  Hébergement d’une duplication  Autre: ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | |
| **Titre du projet :** | | |
|  | | |
| 1. **EQUIPES IMPLIQUEES** | | |
| **INVESTIGATEUR PRINCIPAL (si différent du demandeur)** | | |
| **NOM – Prénom :** | **Fonction :** | |
| **Tél :** | **Fax :** | |
| **E-mail :** | **Organisme et Adresse** | |
| **Responsable de la recherche pouvant être contacté** | | |
| **NOM – Prénom :** | **Service :** | |
| **Tél :** | **E-mail :** | |
| **Attaché de recherche clinique réfèrent** | | |
| **NOM – Prénom :** | **Service :** | |
| **Tél :** | **E-mail :** | |

|  |
| --- |
| 1. **OBJECTIF DE LA COLLECTION** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **NOMBRE DE SUJETS A INCLURE** |
| **Nombre de patients :**  **Nombre de visites par patients :** |
| **Si collection en cours, nombre de patients actuels et nombre d’échantillons :**  Lieu de stockage actuel de la collection :  Modalités de stockage actuel de la collection (-150 °C ; -80°C, -20°C) : |
| **Valorisation antérieure de la collection dans le cadre d’un ou de projets de recherche :**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **ANALYSES ET TECHNIQUES A METTRE EN ŒUVRE DANS LE CADRE DE LA COLLECTION** |
| **Prestation de service (A spécifier pour chaque visite) :**  Réception (Rythme d’inclusion prévu):  Tissu (typologie) : ……………………………………………………………………………………………………………  Sang total : ………………………………………………………………………………………………………………………  Plasma ………………………………………………………………………………………………………………………………  Sérum ………………………………………………………………………………………………………………………………  Selles ………………………………………………………………………………………………………………………………  Salive ………………………………………………………………………………………………………………………………  Urine …………………………………………………………………………………………………………………………………  ADN …………………………………………………………………………………………………………………………………  ARN …………………………………………………………………………………………………………………………………  Autres : …………………………………………………………………………………………………………………………  Centrifugation  Sang total : ……………………………………………………………………………………  Salive ………………………………………………………………………………………………………………………………  Urine …………………………………………………………………………………………………………………………………  Autres : ……………………………………………………………………………………………………………………………  Aliquotage\* (Type de prélèvement): ………………………………………………………………………………………  Sang total : ………………………………………………………………………………………………………………………  Plasma ………………………………………………………………………………………………………………………………  Sérum…………………………………………………………………………………………………  Urine…………………………………………………………………………………………………………  ADN ……………………………………………………………………………………………  ARN …………………………………………………………………………………………………………………………………  Autres …………………………………………………  Mise en plaque 2D  Plasma ………………………………………………………………………………………………………………………………  Sérum ………………………………………………………………………………………………………………………………  Urine …………………………………………………………………………………………………………………………………  ADN …………………………………………………………………………………………………………………………………  ARN …………………………………………………………………………………………………………………………………  Autres : ……………………………………………………………………………………………………………………………  Extraction ADN (Type de prélèvement): ……………………………………………………  Extraction ARN (type de prélèvement) : ……………………………………………………………………………………  Taille cellulaire  Isolement PBMC (spécifier le type des tubes de prélèvement) :………………………………………………….  Stockage (indiquer la temperature souhaitée : -150 °C ; -80°C, -20°C et la durée) :  Sérum  Plasma  Urine  Selles  ADN  ARN  Salive  Cellules (typologie) : …………………………………………………………………………………………………………  Tissu (typologie) : ……………………………………………………………………………  Autres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| ***Nombre d’échantillons par type de prélèvement, par patient et par visite :*** |
| ***Modalités d’acheminement vers le CRB :***………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Modalités de communication au CRB pour la réception des échantillons :*** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| ***Nombre de déstockage(s) prévu(s) par an:***  au niveau National:  au niveau International: |
| ***Collection disponible pour d’autres chercheurs (catalogue du CRB): oui/non*** |
| ***Indiquer le devenir des échantillons à la fin de l’étude/du temps de stockage au CRB* :**  Cession de la collection au CRB Bio-ICAN  Cession à un autre organisme de recherche  Restitution de la collection au déposant  Destruction  Autres, précisez**:** |

|  |
| --- |
| 1. **DISPOSITIONS REGOLAMENTAIRES** |
| ***Joindre la copie des documents suivants :***  Protocole de recherche  Accord du Comité de Protection des Personnes (CPP)  Déclaration de la collection auprès du Ministère de la Recherche (CODECOH)  Lettre Information patient/Consentement éclairé  *Merci d’informer le CRB Bio-ICAN en cas d’avenant à l’un de ces documents* |
| 1. **ASPECTS FINANCIERS** |
| **Projet financé ? oui/non Type de financement (Public/Privé)** |
| **Budget prévu pour les ressources biologiques : OUI/NON Montant :** |

\* Si la quantité d’échantillons préparés n’est pas suffisante pour l’aliquotage demandé, le respect du volume stocké dans chaque tube sera privilégié par rapport au nombre d’aliquotes préparées.

**REPONSE DU CRB Bio-ICAN**

La décision suivante a été prise :

Accord

Un cahier des charges sera établi entre le demandeur et le CRB Bio-ICAN

Accord sous réserve (l’avis du COMEX sera demandé)

Les réserves suivantes ont été émises :

Refus

Motifs :

**REPONSE DU COMEX**

La décision suivante a été prise :

Accord

Un cahier des charges sera établi entre le demandeur et le CRB Bio-ICAN

Accord sous réserve

Les réserves suivantes ont été émises :

Refus

Motifs :

*Après modification de votre projet, en tenant compte des remarques précédentes, il pourra faire l’objet d’une nouvelle demande.*

Nom du demandeur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du demandeur \* Signature Responsable du CRB

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Signature vaut pour engagement dans le respect des conditions de collaboration énoncées dans la charte des utilisateurs.