|  |
| --- |
| 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.