CRB CHU POITIERS
FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE EN COLLECTION

Dossier n°

QUAL-EN-574 V2 Février 2025

NOM DE LA COLLECTION OU TITRE DE L'ETUDE :

DATE DE LA DEMANDE :

DEMANDEUR (Responsable de collection)

Promoteur de l'étude :

Investigateur du CHU de Poitiers :

Nom Prénom :

Fonction/Qualification : Service :

Téléphone : Mail :

ARC Investigateur du CHU de Poitiers :

Nom Prénom :

PROJET DE RECHERCHE

Joindre draft 2 pages

TITRE :

PROGRAMME ET FINALITE :

CALENDRIER DEMARRAGE :

FINANCEMENT : ☐ Demandé ☐ Acquis ☐ Inexistant

INFORMATIONS SUR LES RESSOURCES

Demande de mise en collection

Origine des ressources biologiques (sang, peau, …)

Nature échantillons (ressources primaires) ☐ sang ☐ urines ☐ tissus ☐ autres :

Nature des dérivés ☐ plasma Hépariné ☐ plasma Citraté ☐ plasma EDTA

☐ sérum ☐ ARN ☐ ADN ☐ cellules ☐ autres :

Nombre (moyen) prévisionnel global de patient :

Nombre (moyen) de patients par an :

Nombre d'échantillons primaires à traiter par patient :

Nombre d'échantillons dérivés à conserver par patient :

Volume minimal d'échantillons dérivés à conserver :

- Sérum : µl / aliquot
- Plasma : µl / aliquot
- Urine : µl / aliquot
- Autre :

Quantité finale d'échantillons dans la collection : aliquots pour ml

Et/ou autres :

Données clinico biologiques associées : ☐ Non ☐ Oui (préciser et fournir masque de saisie) :

Reprise d'une collection antérieure : ☐ Oui ☐ Non

↳ Données associées disponibles :

☐ Clinique ☐ Technique ☐ Délai congélation ☐ Type préparation
☐ Conservation ☐ Condition conservation ☐ Durée conservation ☐ Délai préparation

Durée optimale de conservation avant exploitation : <4 ans
Durée prévue de conservation : 10 ans

PRESTATIONS DEMANDEES

PRESTATIONS BIOTHEQUE

Prélèvement des échantillons biologiques réalisé dans :

☐ Service de soins ☐ CIC ☐ Centre de prélèvements

Température d'acheminement des prélèvements biologiques :

☐ Température ambiante ☐ +4°C

Saisie des données dans TD-BIOBANK : enregistrement systématique de l'heure de prélèvement, de préparation et de stockage.
Si autres renseignements à saisir, merci de les préciser :

Durée et température de conservation des échantillons biologiques avant le traitement :

☐ 24h (jours ouvrés) ☐ température ambiante ☐ + 4°C

Autre :

PREPARATION :

- Centrifugation : ☐ Oui ☐ Non

  Si oui :

  ☐ 3 500 RPM – 15 min – Température ambiante

  ☐ Selon les recommandations du cahier de laboratoire de l'étude

  Si autre, veuillez indiquer :

  ☐ Vitesse :

  ☐ Durée :

  ☐ Température :

- Extraction : ☐ ADN ☐ ARN
- Numération : ☐ Oui ☐ Non

Pour l'extraction ADN : le responsable de la collection devra contacter directement le laboratoire de génétique pour réaliser cette analyse à partir des échantillons conservés au CRB.

- Séparation des cellules (ficoll): ☐ Oui ☐ Non

TECHNIQUE :

Technique spécifique : ☐ Oui ☐ Non

Intitulé de la technique :

Si technique spécifique veuillez fournir le mode opératoire. Les réactifs spécifiques à

la technique seront à votre charge.

CONSERVATION :

1) durée de conservation prévisible :

2) mode de conservation : ☐ TA ☐ + 4°C ☐ - 20°C ☐ - 70°C ☐ - 80°C ☐ - 196°C (azote liquide)

Double sauvegarde (conservation dans 2 congélateurs) : ☐ Oui ☐ Non

ENVOI :

Collection de transit à envoyer hors site : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le nom de la personne qui prendra en charge les frais de transport :

CONSENTEMENTS :

Consentements conservés au CRB : ☐ Oui ☐ Non

PRESTATIONS TUMOROTHEQUE

- Réalisation de la congélation de prélèvements au bloc opératoire : ☐ Oui ☐ Non

- Si oui :

	Tissu sain	Tissu tumoral
Nombre de fragments à réaliser :		
Volume des fragments à réaliser :		
Nombre de tubes à réaliser :		

Durée maximale d'ischémie froide entre le prélèvement et la congélation : ☐ 30 min ☐ 1h

CRB CHU POITIERS
FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE EN COLLECTION

Dossier n°

QUAL-EN-574 V2 Février 2025

CONSERVATION : durée prévue :

PREPARATION :

Extraction : ☐ ADN ☐ ARN

Concentration finale souhaitée : unités :

Volume souhaité : µm

Autre :

Estimation financière de la demande – Devis n°

Coût de la prestation : € HTC € TTC

DOCUMENTS REGLEMENTAIRES (copies à fournir si disponibles)

☐ Lettre d'information du patient

☐ Avis du CCP

☐ Formulaire de consentement ou de non opposition

☐ Autorisation CNIL ou déclaration CIL

☐ Consentement pour recherche génétique

☐ Déclaration MESR

N° enregistrement :

Responsable de la collection :
Nom, Prénom : Signature :
Date :
En cas de RBM, si les consentements ne sont pas conservés au CRB, je m'engage à vérifier que les consentements de chaque patient soient recueillis et stockés dans le classeur investigateur.

AVIS DU COMITE SCIENTIFIQUE

☐ Favorable ☐ Défavorable ☐ Dossier à compléter

Remarques :

Date :

Responsable du Comité Scientifique ou de l'évaluateur :

Nom et Prénom : Pr TOUGERON David

Signature

RESET Imprimer Envoyer