DEMANDE D'ACCES A UNE COLLECTION
CRB - CHU DE POITIERS

Dossier n°

QUAL-EN-591 V2 Février 2025

Demande de mise à disposition : ☐
Demande de cession : ☐

DEMANDEUR

DATE DE LA DEMANDE :

Coordonnées du demandeur intéressé par la mise à disposition d'échantillons biologiques et des données associées :

Nom :

Prénom :

Fonction/Qualification :

Service :

Téléphone :

Mail :

UTILISATEUR si différent du demandeur

Coordonnées de l'utilisateur des échantillons biologiques et des données associées s'il n'est pas le demandeur :

Nom

Prénom :

Fonction/Qualification :

Service :

Téléphone :

Mail **:**

PROJET DE RECHERCHE

Titre :

Programme et finalité : Joindre draft 2 pages

Calendrier de démarrage :

Partenariat/collaboration envisagées :

Propriété intellectuelle et transfert des échantillons

☐ Accord de transfert de matériel (contrat de collaboration)

DEMANDE D'ACCES A UNE COLLECTION
CRB - CHU DE POITIERS

QUAL-EN-591 V2 Février 2025

Objectifs de l'utilisation finale des échantillons et des données associées : cochez la ou les cases correspondantes

Recherche préclinique : ☐

Recherche clinique / scientifique associée : ☐

Vente de produits à partir des échantillons transformés : ☐

Tests d'automates dans le cadre du diagnostic in vitro : ☐

Autre : ☐ à préciser :

NATURE DES RESSOURCES SOUHAITEES

Date de mise à disposition souhaitée :

Nom de la collection :

Responsable de la collection :

Echantillons biologiques Biothèque cochez la ou les cases correspondantes

Nature des échantillons demandés :
☐Sang ☐Urines ☐Tissus cellules
☐Plasma hépariné ☐Plasma citraté ☐Plasma EDTA
☐Sérum ☐ADN ☐ARN
☐Autres :

Critères de sélection des échantillons (préciser la liste) :

Nombre d'échantillons :

Volume par échantillon : µl

Pour ADN et ARN : Concentration souhaitée, unité :

Echantillons biologiques Tumorothèque

☐De tissu sain ..... Nombre de fragments :
..... Volume des fragments :
..... Nombre de coupes dans tampon :

..... Bloc en paraffine :
..... Lames HES :
..... Autre :

☐De tissu tumoral ..... Nombre de fragments :
..... Volume des fragments :
..... Nombre de coupes dans tampon :

..... Bloc en paraffine :
..... Lames HES :
..... Autre :

☐ADN ☐ARN

Concentration souhaitée : unité :

Volume souhaitée : µl

Annotations

Données clinico-biologiques associées : ☐NON ☐OUI (Préciser la liste) :

Dans le cadre d'une requalification des échantillons sanitaires dans une étude de recherche veuillez nous faire parvenir une copie du consentement signé du patient.

DEMANDE D'ACCES A UNE COLLECTION
CRB - CHU DE POITIERS

QUAL-EN-591 V2 Février 2025

DEVENIR DES ECHANTILLONS MIS A DISPOSITION PAR LE CHU DE POITIERS

Constitution d'une collection biologique par le demandeur :	Destruction des échantillons par le demandeur à l'issue du projet :	Retour des échantillons par le demandeur au CHU de Poitiers à l'issue du projet :
☐OUI ☐NON	☐OUI ☐NON Date de la destruction : Fournir un justificatif au CHU de Poitiers	☐OUI ☐NON Si **OUI**, date du retour pour le CHU de Poitiers :

CONTRATS

- De cession : ☐ Oui ☐Non - Date du contrat : N° convention :
- D'accord de transfert de matériel : ☐ Oui ☐Non - Date du contrat : N° convention :

VALORISATION

Prise de valorisation envisagée : ☐Publication ☐Propriété intellectuelle (brevet) ☐Savoir-faire ☐Financière

FINANCEMENT

Prise en charge par le :	Demandeur	CRB	Destinataire
Consommables			
Temps techniciens			
Envoi			

ESTIMATION DU COUT DE LA MISE A DISPOSITION : € **N°DEVIS :**

ENVOI DES ECHANTILLONS

Conditionnement : ☐Cryotubes ☐Microplaque ☐Autre :

Conditions d'expédition ou de sortie souhaitées par le chercheur :

☐Azote liquide et dewar azote ☐Carboglace ☐Glace ☐Ambiant

Envoi géré par : ☐le destinataire ☐le CRB

Prise en charge financière de l'envoi par : ☐Le destinataire ☐le CRB

Coordonnées du destinataire

☐**Demande d'exportation**

Nom, Prénom :

Fonction/Qualification :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Nom du transporteur :

N° de compte « transporteur » du destinataire :

Attention les échantillons délivrés peuvent présenter des risques en matière de biosécurité et de bio sûreté.

DEMANDE D'ACCES A UNE COLLECTION
CRB - CHU DE POITIERS

Date du comité scientifique :

Avis du comité scientifique : ☐Favorable ☐Défavorable ☐Dossier à compléter

Remarques :

Avis du Responsable de la collection : ☐Favorable ☐Défavorable

Coordonnateur du CRB	***Responsable de la collection***	***Demandeur***
Date :	Date :	Date :
Nom, Prénom : Pr TOUGERON David	Nom, Prénom :	Nom, Prénom :
Signature :	Signature :	Signature :

RESET Imprimer Envoyer