

FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE EN COLLECTION AU CRB DU CHU DE POITIERS

NOM DE LA COLLECTION :

DATE DE LA DEMANDE |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

DEMANDEUR (Responsable de collection)

Nom, Prénom :

Fonction/Qualification :

Service :

Téléphone :

Mail :@.....

PROJET DE RECHERCHE



Joindre draft 2 pages

TITRE :

PROGRAMME ET FINALITE : :

CALENDRIER DEMARRAGE :

FINANCEMENT : ☐ Demandé ☐ Acquis ☐ Inexistant

PRESTATIONS DEMANDEES

☐ **PRELEVEMENTS** des patients

☐ **ENREGISTREMENT DANS TD-BIOBANK**

☐ **AUTRE ENREGISTREMENT**

☐ **PREPARATIONS** : ☐ Centrifugation

☐ Extraction ADN ☐ Extraction ARN

☐ Séparation cellule ☐ Autre : préciser

☐ **CONSERVATION** : 1) durée de conservation prévisible :

2) mode : ☐ + 4 °C ☐ -20 °C

☐ -80°C ☐ -180°C (azote liquide)

☐ **ENVOI DES PRELEVEMENTS HORS SITE**

☐ **FRAIS D'ENVOI A LA CHARGE DU PROMOTEUR**

ESTIMATION DU COUT DE LA PRESTATION : euros

FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE EN COLLECTION AU CRB DU CHU DE POITIERS

INFORMATIONS SUR LES RESSOURCES

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 : |_|_|_|_|_|_| / an

Nombres d'échantillons primaires à traiter par patient : |_|_|_|_|_|_| / patient

Nombres d'échantillons dérivés à conserver par patient : |_|_|_|_|_|_| / patient

Quantité finale d'échantillons dans la collection : |_|_|_|_|_|_|

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

.....

Reprise d'une collection antérieure : ☐ Non ☐ Oui

↳ Données associées disponibles :

☐ Clinique

☐ Technique : ☐ Délai préparation ☐ Délai congélation ☐ Type préparation

☐ Conservation : ☐ Condition conservation ☐ Durée conservation

DOCUMENTS REGLEMENTAIRES (copies à fournir si disponibles)

☐ Lettre d'Information du patient

☐ Avis du CPP

☐ Formulaire de consentement ou de non opposition

☐ Autorisation CNIL ou déclaration CIL

☐ Consentement pour recherche génétique

☐ Déclaration MESR

N° enregistrement : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

AVIS DU COMITE SCIENTIFIQUE

☐ Favorable

☐ Défavorable

☐ Dossier à compléter

Remarques :

.....

Date : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|

Signature Responsable du Comité Scientifique :

Signature Responsable de la Collection :