Document à renvoyer :

* **par courrier à** l’adresse suivante :

**Ce**ntre de **R**essources **Bi**ologiques de La **M**artinique : **CeRBiM**

**Maison de la Recherche niveau -1 du Bâtiment EFS**

**CHU de Martinique – CS 90632**

**97 261 Fort de France cédex**

**ou**

* **par messagerie à l’adresse suivante :** **cerbim@chu-martinique.fr**

|  |
| --- |
| Date de la demande : **AAAA-MM-JJ** |
| ⬜ **1** Mise en place de collection et **2** Prestations souhaitées⬜ **2** Prestations souhaitées ⬜ **3** Reprise d’une collection  |
| Nom de la collection ou titre du projet :  | Acronyme : |

|  |
| --- |
| **Demandeur**  |
| Promoteur : |
| Investigateur du CHU de Martinique |
| Nom  | Prénom |
| Fonction /qualification service |
| Téléphone mail  |
| ARC du CHU de Martinique : |
| Nom Prénom |

|  |
| --- |
| **Projet** |
| Joindre protocole |
| Programme et finalité : |
| Objectifs secondaires : |
| Date de démarrage : |
| Durée de l’étude : |
| Durée de conservation des échantillons : |
| Financement : ⬜ non ⬜ oui, montant : ...................................................**€** |

|  |
| --- |
| Documents réglementaires (copies à fournir si disponible) |
| ⬜ Lettre/Note 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⬜ Autre(s) : préciser.................................................... |

|  |
| --- |
| **1 : Demande de Mise en collection** |
| Nombre prévisionnel de patients :  |
| Nombre de visites par patient :  |
| **Nature des échantillons : ressources primaires** : ⬜ Sang ⬜ Urine ⬜ Tissu ⬜ Autre(s) : préciser......... |
| **Nature des dérivés** (joindre le manuel de laboratoire)⬜ ADN ⬜ ARN ⬜ Cellules  ⬜Plasma Citraté ⬜ Plasma EDTA ⬜ Plasma Hépariné ⬜ Sérum ⬜ Autre(s) : préciser................................................... |
| **Données clinico-biologiques associées**⬜ non ⬜ oui, préciser........................................................................................ |

|  |
| --- |
| **2 : Prestations souhaitées** |
| **Prise en charge de fluides** |
| **Lieu de prélèvements des échantillons biologiques :**⬜ Services de soins : ⬜ Hôpital de jour ⬜ à domicile |
| **Température de conservation des échantillons biologique avant le traitement** :⬜ 18-25°C ⬜ +4°C ⬜ Autre(s) : préciser................................................... **Durée de conservation des échantillons biologique avant le traitement** : Préciser. ........................ |
| **Préparation (**ou fournir manuel de laboratoire**)****Centrifugation** ⬜ non ⬜ oui, préciser ..................................................**Aliquotage :** ⬜ non ⬜ oui**Culot sec** (gradient de densité) : ⬜ non ⬜ oui **Numération** : ⬜ non ⬜ ouiNombre de cellules souhaitées par culot : ..................................................**Ampoule de cellules** (gradient de densité) : ⬜ non ⬜ oui **Numération** : ⬜ non ⬜ oui **Détermination Viabilité** : ⬜ non ⬜ ouiNombre de cellules souhaitées par ampoule : ..................................................**Extraction acides nucléiques**: ⬜ ADN ⬜ ARN **Technique spécifique** : préciser...................................................Si technique spécifique veuillez fournir le mode opératoire. *Les réactifs spécifiques seront à votre charge.*  |
| **Conservation**Durée prévue : ..............................................Température de conservation : ⬜ TA ⬜ +4°C ⬜ -20°C ⬜-80°C ⬜ -150°CDouble sauvegarde (conservation dans 2 congélateurs) : ⬜ non ⬜ oui |
| **Prise en charge de tissus** |
| Durée maximale d’ischémie froide entre le prélèvement et la congélation requis: ........................🡺 Réalisation de la congélation au bloc opératoire : ⬜ non ⬜ oui🡺 Réalisation de la congélation au Laboratoire d’Anatomie et Cytologie Pathologiques :  ⬜ non ⬜ oui🡺 Réalisation de la congélation au CeRBiM : ⬜ non ⬜ oui🡺 Réalisation de la congélation, préciser le lieu : .......................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Tissu sain** | **Tissu tumoral** |
| **Nombre de fragments** |  |  |
| **Nombre de tubes à réaliser** |  |  |

 |
| **Préparation** :⬜ Réalisation de coupes congelées : nombre ................. taille : ................. ⬜ Réalisation de coupes en paraffine : nombre ................. taille : ................. ⬜ extraction ADN ⬜ extraction ARN ⬜ Autre(s) : préciser................................................... |
| **Conservation**Durée prévue : ..............................................Température de conservation : ⬜ TA ⬜ +4°C ⬜ -20°C ⬜-80°C ⬜ -150°CDouble sauvegarde (conservation dans 2 congélateurs) : ⬜ non ⬜ oui |

|  |
| --- |
| **3 : Reprise d’une collection**  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nature  | Nombre  | Température de conservation | Température de stockage souhaitée |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Données associées disponibles** : **Prélèvement** : ⬜ date ⬜ heure **Congélation** : ⬜ date ⬜ heure⬜ clinique ⬜ technique ⬜ Type de préparation ⬜ autre : ................... |

|  |
| --- |
| **Gestion informatique** |
| **Saisie des données dans logiciel Informatique du CeRBiM** : Enregistrement systématique : date - heure de prélèvement, technique et date - heure température de stockage. Si autres renseignements à saisir, merci de les préciser : ...............................................................**☞Saisie dans une base de données dédiée :** ⬜ non ⬜ oui ; préciser ...............................  |

|  |
| --- |
| **Transport** |
| Modalités d’acheminement et réception : préciser |

**Devenir de la collection** :

⬜ **Utilisation propre** (programme de recherche du responsable scientifique de la collection)

⬜ **Mise à disposition** (programme de recherche une ou plusieurs équipes de recherche interne(s) ou externe(s) au CHU M ; ces partenariats sont formalisés dans le projet).

⬜ **Cession** (envoi des échantillons à une ou plusieurs équipes de recherche interne(s) ou externe(s) au CHU M sans partenariat ni sous-traitance)

*La cession nécessite une demande* ***d’autorisation de cession*** *auprès du Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche réalisée par le CeRBiM (prévoir un délai d’environ 3 mois).*

*Les envois hors territoire français nécessitent une demande* ***d’autorisation d’exportation*** *auprès du Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche réalisée par le CeRBiM. (prévoir un délai d’environ 3 mois)*

⬜ **Destruction** de la collection à l’issue des travaux de Recherche

⬜ **Stockage provisoire** Restitution de la collection au déposant

⬜ **Durée de conservation des données associées :** …………………………………

⬜ **Autre** (préciser) : ……………………………………..…………………………………………………………….

**Valorisation et Communication:**

**Valorisation financière :**

*Si le coût de la mise en collection n’a pas été estimé lors de l’élaboration du projet scientifique, il vous sera communiqué par le CeRBiM en fonction des éléments de cette présente demande.*

Source de financement envisagée : montant : ..........................€

**Valorisation scientifique** :

⬜ Co-auteur ⬜ Partage de brevet ⬜ Non applicable ⬜ Autre : ……………………………..

**Communication :**

Intégration de votre collection au catalogue du CeRBiM : ⬜ Oui ⬜Non

**Publication :**

* Citer le CeRBiM dans toute publication scientifique découlant des résultats obtenus à partir du matériel biologique fourni (mise à disposition, cession ou prestation de service) : au rang d’auteur et/ou dans les Remerciements et dans les Méthodes de la façon suivante :
	+ dans les Remerciements, les auteurs remercient le Centre de Ressources Biologiques de Martinique (CeRBiM), CHU Martinique, pour la gestion et la mise à disposition des échantillons des patients de l’étude » ou « The authors acknowledge the Centre de Ressources Biologiques de Martinique (CeRBiM) CHU Martinique, France) for the managing patient samples»
	+ dans le paragraphe « Matériels et Méthodes » : il convient de dire que les échantillons ont été traités et mis à disposition par le Centre de Ressources Biologiques de la Martinique (CeRBiM) CHU Martinique ou « Human samples were obtained from the processing of biological samples by the Centre de Ressources Biologiques of Martinique (CeRBiM), CHU Martinique, France ”.
* Référencer le CeRBiM dans toute publication scientifique avec le numéro d'identification BRIF BB-0033-00099.

|  |
| --- |
| **Responsable du projet** :Nom…………………................................... Prénom : ………………….......................................………….. Date et Signature**Si les consentements ne sont pas conservés au CeRBiM, je m’engage à vérifier que les****consentements de chaque patient soient recueillis et stockés dans le classeur investigateur.** |

|  |
| --- |
| **Réservé au CeRBiM** |
| ⬜ Prise en charge des techniques au CeRBiM : ⬜ Oui ⬜ Non ⬜ PartielleCommentaires : ☞🡺 Disponibilité d’emplacement dans les enceintes réfrigérées : **+ 4°C** : □ OUI □ NON □ Non Applicable**- 20°C** : □ OUI □ NON □ Non Applicable**- 80°C** : □ OUI □ NON □ Non Applicable**-150°C** : □ OUI □ NON □ Non Applicable⬜ Temps technique: ...................... ETP ☞🡺 **Facturation acceptée** :⚫ Par Patient : …………………… € ⚫Pour l’étude : …………………… € ⚫Consommables et/ou réactifs : □ fournis par le promoteur   □ à la charge du CeRBiMPrécisez :**Avis du Coordonnateur Médical et Scientifique** Date………………………………….. ⬜ Avis favorable  ⬜ Acceptation sous réserve. Les réserves émises sont les suivantes :……………….…………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………⬜ Demande rejetée, motif :…………………………………………………………………………………..**Avis du comité Scientifique**: Date………………………………….. ⬜ Non Applicable⬜ Acceptation sous réserve. Les réserves émises sont les suivantes : ……………….…………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………⬜ Avis favorable  ⬜ Demande rejetée, motif :………………………………………………………………………………….. **Référent(s) de l’étude au CeRBiM** : …………………………………………………………………………………………..**Décision communiquée au demandeur** Date……………………… par ………………………………………… ⬜ Mail ⬜ Courrier |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordinateur Médical et Scientifique** | **Direction générale CHU M****ou****son représentant** |
| Nom :Prénom :Date : Signature : | Nom :Prénom :Titre :Date : Signature : |