|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Promoteur | Investigateur | Nom du projet | Date de la demandeFormat : AAAA/MM/JJ |
|  **DOCUMENTS A FOURNIR PAR COURRIER ELECTRONIQUE** au **cerbim@chu-martinique.fr****Vous pouvez consulter notre site web à l’adresse suivante :**[**http://www.chu-martinique.fr/recherche.html**](http://www.chu-martinique.fr/recherche.html)**Merci de nous joindre les documents suivants pour un meilleur traitement de votre demande** |
| **Document** | **Oui** | **Non** | **Non applicable** | **En cours de rédaction** |
| Protocole |  |  |  |  |
| Résumé de l'étude en français  |  |  |  |  |
| Note d’information au patient en français |  |  |  |  |
| Attestation d'assurance ou sa demande  |  |  |  |  |
| Avis favorable du CPP ou sa demande |  |  |  |  |
| Autorisation de l’ANSM ou sa demande  |  |  |  |  |
| Liste des investigateurs  |  |  |  |  |
| Manuel de laboratoire centralisé |  |  |  |  |
| Gestion d’une collection dans le cadre d’un **protocole de recherche :** Promotion interne □ Promotion Externe □**Ce document nous permet de réaliser la faisabilité de votre demande.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS SUR L’ETUDE et RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS****(A remplir directement sur le document et à nous transmettre avec les autres documents)** |
|  □ Prestation technique souhaitée : ………………………………(joindre les documents opératoires le cas échéant)

|  |
| --- |
| □ Constitution d’une nouvelle collection □ Hébergement □ Hébergement d’une collection déjà constituée □ Requalification des ressources biologiques pour la recherche □ Autre (préciser) :……………………………………………………………………………………………………..□ Libellé exact du/des services : □ Date théorique d'ouverture au CHU Martinique:……………………....□ Durée de la participation pour chaque patient : ………………………………….□Durée totale de l'étude (sélection, inclusion, traitement et suivi) :……………………………………………………………………………………………………….………….*Exemple : durée de l’inclusion est de 24 mois, avec environ une journée de participation pour le patient et 6 mois pour l’analyse des données soit au total 30 mois de recherche.*□ Nombre de patients prévu au CHU Martinique : ………… □ Nombre de visites par patient :…………□Durée de conservation des Ressources Biologiques au CeRBiM : ……………………….………….🡺 Devenir de la collection : ☞□ cession au CeRBiM □ destruction □ rapatriement sur un autre site □ autre……………………🡺 Prêt de matériel(s) pour la réception des échantillons, préparation, conservation des Ressources Biologiques □ NON □ OUI si oui, précisez le/lesquels : ……………………….………….(le contrat de prêt de matériel est réalisé par ………………………………………)  🡺Analyses biologiques centralisées.☞ L’envoi est financé par le demandeur : □ NON □ OUI si oui, indiquer les adresses des lieux d'analyse, les modalités de techniquage et d'envoi par le CeRBiM : □ Montant du budget de l’étude : ...........................€□ Montant prévu pour le CeRBiM: ...........................€ □ Contact : Nom : ……...........……. Prénom: ……......………… Courriel : ……………..................……… 🕿 : ………...........……………Adresse : …………………… |

 |

 |

|  |
| --- |
| **Procédure de paiement**  |
| **Promotion interne** | **Promotion externe** |
| Nom du responsable : ……………………Numéro UF : …………………… | Raison sociale :………………………………………………Nom du contact :…………………………………………….N° de commande :…………………………………………..  |

|  |
| --- |
| **Réservé au CeRBiM** |
| ☞ Numéro d’enregistrement de la demande : □ 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** :⚫Devis CeRBiM : Par Patient : …………………… € Pour l’étude : …………………… € Réel à facturer au CeRBiM : Par Patient : …………………… € Pour l’étude : …………………… € ⚫ Devis promoteur : 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………………………………….. ☞ Facturation choisie : □ CeRBiM □ Promoteur□ Acceptation sous réserve. Les réserves émises sont les suivantes :……………….…………………………………………………………………………..……………………………………□ Avis favorable □ Demande rejetée, motif :…………………………………………………………………………………..Référent(s) de l’étude au CeRBiM : …………………………………………………………………………………………..Signature du coordonnateur **Décision communiquée au demandeur** Date……………………… par ………………………………………… □ Mail □ Courrier ☞ □ Oral (téléphone, rencontre) |

**Dans le cadre d’une collaboration, un contrat sera établi.**