|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Promoteur | Investigateur | Nom du projet | | | | Date de la demande  Format : AAAA/MM/JJ | |
| **DOCUMENTS A FOURNIR PAR COURRIER ELECTRONIQUE** au [**cerbim@chu-martinique.fr**](mailto: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 □ Partielle  Commentaires :  ☞🡺 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 CeRBiM  Précisez :  **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.**