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**](mailto:cerbim@chu-martinique.fr)

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la demande : **AAAA-MM-JJ** | |
| ⬜ Constitution d'une collection (joindre le manuel de laboratoire)    ⬜ Don d'échantillon au CeRBiM ⬜ Dépôt d'une collection existante  ⬜ Autre : ........................ | |
| Nom de la collection ou titre du projet : | Acronyme : |
| Pathologie Concernée : | |

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

|  |
| --- |
| **Projet** |
| Joindre le protocole |
| Programme et finalité : |
| Objectifs secondaires : |
| Date de démarrage : |
| Durée de l’étude : |
| Durée de conservation des échantillons : ………………………  **Embargo pendant la durée de conservation** : ❑ oui ❑ non  Si oui : possibilité de mise à disposition à des tiers d’une partie des échantillons après consultation du déposant : ❑ oui ❑ non  Durée de conservation des données associées : ………………………………… |
| Financement : ⬜ non ⬜ oui, montant : ...................................................**€** |

|  |
| --- |
| **Statut juridique de la collection** |
| N° CODECOH : ................................  ⬜ **RIPH 1** ⬜ **RIPH 2** ⬜ **RIPH 3** |

|  |
| --- |
| **Documents réglementaires (copies à fournir)** |
| ⬜ Lettre/Note d’information du patient ⬜ Avis du CCP  ⬜ Formulaire de consentement ou de non-opposition ⬜ Autorisation CNIL ou déclaration CNIL  ⬜ Consentement pour recherche génétique ⬜ Déclaration MESR  ⬜ Autre(s) : préciser.................................................... |

|  |
| --- |
| **Informations générales** |
| 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........................................................................................ |

|  |
| --- |
| **Informations sur le traitement des ressources biologiques** |
| **Prise en charge de fluides** |
| **Lieu de prélèvements des échantillons biologiques :**  ⬜ Services de soins : ⬜ Hôpital de jour ⬜ à domicile |
| **Température de transport / 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 (**fournir manuel de laboratoire ou instruction de traitement**) :**  **Aliquotage ressource primaire :** ⬜ non ⬜ oui  **Centrifugation** **et aliquotage** ⬜ non ⬜ oui~~,~~  **Culot sec** (gradient de densité) : ⬜ non ⬜ oui **Numération** : ⬜ non ⬜ oui  Nombre de cellules souhaitées par culot : ..................................................  **Ampoule de cellules** (gradient de densité) : ⬜ non ⬜ oui **Numération** : ⬜ non ⬜ oui  **Détermination Viabilité** : ⬜ non ⬜ oui Nombre de cellules souhaitées par ampoule :....................................  **Extraction acides nucléiques**: ⬜ ADN ⬜ ARN    **Autre(s) :**  préciser................................................... |
| **Conservation :**  Température de conservation : ⬜ TA ⬜ +4°C ⬜ -20°C ⬜-80°C ⬜ -150°C  Double sauvegarde (conservation dans 2 congélateurs) : ⬜ non ⬜ oui |

|  |
| --- |
| **Informations sur le traitement les ressources biologiques** |
| **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** |  |  | | **Bloc de paraffine** |  |  | |
| **Préparation** :  ⬜ Réalisation de coupes congelées : nombre ................. taille : .................  ⬜ Réalisation de coupes en paraffine : nombre ................. taille : .................  ⬜ extraction ADN ⬜ extraction ARN  ⬜ Autre(s) : préciser................................................... |
| **Conservation :**  Température de conservation : ⬜ TA ⬜ +4°C ⬜ -20°C ⬜-80°C ⬜ -150°C  Double sauvegarde (conservation dans 2 congélateurs) : ⬜ non ⬜ oui |

|  |
| --- |
| **Don d’échantillons / Dépôt d’une collection existante** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Nature | Nombre | Température de conservation | Température de stockage souhaitée | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   **Données associées disponibles** : ⬜ Feuille de prélèvement ⬜ Consentement / information patient / non opposition  **Prélèvement** : ⬜ date ⬜ heure **Congélation** : ⬜ date ⬜ heure  ⬜ données ⬜ Type de préparation ⬜ autre : ................... |

|  |
| --- |
| **Gestion informatique** |
| **Saisie des données dans logiciel Informatique du CeRBiM** **systématique pour assurer la traçabilité** :  Données minimales : code patient information patient - date - heure de prélèvement, technique et date - heure température de stockage ; collection, +/- protocole, pathologie  Si autres renseignements à saisir, merci de les préciser : ...............................................................  **Saisie supplémentaire dans une base de données dédiée :** ⬜ non ⬜ oui ; préciser ............................... |

|  |
| --- |
| **Avis (réservé au CeRBiM)** |
| Consultation du conseil scientifique : ⬜ Oui ⬜ non ⬜ non applicable  Avis favorable du CeRBiM, ...................................................... Date : 20..................    Montant estimée de la prestation : consommables / réactifs fournis au CeRBiM ⬜ oui ⬜ non |

**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

⬜ **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 of patients’ samples»
  + dans le paragraphe « Matériels et Méthodes » : il convient d’écrire 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** : | **Coordonnateur Médical et Scientifique** | **Direction générale CHU M**  **ou**  **son représentant** |
| Nom :  Prénom :  **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.**  Date :  Signature : | Nom :  Prénom :  Date :  Signature : | Nom :  Prénom :  Titre :  Date :  Signature : |