

## FICHE DE DEMANDE DE PRESTATIONS AU CRB

### Centre de Ressources Biologiques – Institut Mutualiste Montsouris (CRB-IMM)

Adresse : 42 boulevard Jourdan, 75014 Paris Cedex 14

Téléphone : 01.56.61.64.74

E-mail : [CRB@imm.fr](mailto:CRB@imm.fr)

Objet de la demande

1/ Demande de sortie d'échantillons biologiques

(remplir la partie **1/**)

2/ Dépôt de ressources biologiques

(remplir la partie **2/**)

Date de la demande : .....

<input type="checkbox"/> <b>EXTERNE</b> <i>Nom et coordonnées du demandeur</i> Nom : ..... Organisme : ..... Adresse : ..... ..... Téléphone : ..... E-mail : .....	<input type="checkbox"/> <b>INTERNE</b> <i>Nom et coordonnées du correspondant</i> Nom : ..... Département : ..... Téléphone : ..... E-Mail : .....
--	--

### 1/ Demande de sortie d'échantillons biologiques

Raison de sortie d'échantillon(s)

SOIN

RECHERCHE

Type d'échantillons souhaités	Nature d'échantillons souhaités
<input type="checkbox"/> Tissu fixé <input type="checkbox"/> Tissu congelé	<input type="checkbox"/> Echantillon tumoral <input type="checkbox"/> Echantillon sain

➤ Nombre de patient(s) concerné(s) : \_\_\_\_\_

➤ Nombre d'échantillon(s) par patient: Fixé : **Tumoral** \_\_\_\_\_ **Sain** \_\_\_\_\_  
Congelé : **Tumoral** \_\_\_\_\_ **Sain** \_\_\_\_\_

➤ Organe : .....

➤ Type de lésion : .....

➤ N° examen du laboratoire d'anatomopathologie si connu : .....

**Merci de joindre un tableau Excel si la demande concerne plusieurs échantillons**

*A remplir uniquement si la demande de sortie d'échantillons est à des fins de recherche*

### Cadre de la demande de sortie d'échantillons

**Le patient a consenti au transfert de ses échantillons :**  oui  non

➤ Responsable du projet : .....

➤ Intitulé du projet : .....

➤ Description succincte (**Merci de joindre un synopsis du projet à la fiche de demande**) :

.....

.....

➤ Collaboration industrielle :  oui  non. Si oui, nom de l'industrie : .....

Recherche clinique :

Si recherche en cours hors de l'IMM :

N° Eudract :

➤ Est-ce que l'analyse réalisée sur cet échantillon est requise pour permettre au patient d'accéder au médicament expérimental du protocole?  oui  non

.....

### Prestations attendues

Merci de cocher les cases

- |   | OUI                        | NON                      |
|---|----------------------------|--------------------------|
| ➤ Sérologie HIV, Hépatites B et C         | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| ➤ Prise en charge du transport par le CRB | <input type="checkbox"/> * | <input type="checkbox"/> |
| ⇒ Si oui, destinataire : Nom : .....      |                            |                          |
| Adresse : .....                           |                            |                          |
| .....                                     |                            |                          |
| Téléphone : .....                         |                            |                          |
| E-mail : .....                            |                            |                          |

\*Le transport sera facturé à prix coutant au demandeur des prestations

- Adresse de facturation des prestations :  
.....  
.....

Commentaires :  
.....  
.....

## 2/ Dépôt de collection ou de ressources biologiques

### Cadre de la demande de dépôt de ressources biologiques

- Responsable du projet : .....
- Intitulé du projet : .....
- Description succincte (**Merci de joindre un synopsis du projet à la fiche de demande**) :  
.....  
.....  
.....
- Collaboration industrielle : oui non. Si oui, nom de l'industrie : .....

### Prestations attendues

- Dépôt des ressources biologiques au CRB-IMM :
- En une fois
- Echelonné, fréquence : .....
- Durée de conservation : .....
- Nombre de ressources biologiques déposées : .....
- Merci de joindre un tableau Excel notifiant toutes les ressources biologiques déposées avec le numéro d'identification, la date de prélèvement, l'organe et l'indication tumorale ou sain.**
- Conditionnement des ressources biologiques déposées :
- Echantillons en Cryotube de volume : ....., conservés à **-80°C**
- Echantillons inclus en paraffine conservés en cassette à température **ambiante**
- Adresse de facturation des prestations :  
.....  
.....

Commentaires :  
.....  
.....

Date souhaitée de début de dépôt des ressources biologiques : .....

### 3/ Engagement

Le CRB-IMM s'engage à :

- Ce que les patients soient informés et consentent de manière éclairée à l'utilisation de leurs échantillons à des fins de recherche ;
- Ce que les méthodes de conservation des échantillons répondent aux recommandations en vigueur ;
- Ce que les ressources biologiques qui font l'objet d'une prestation de dépôt ne soient pas cédées à d'autres demandeurs que le déposant ;
- Répondre dans les meilleurs délais aux demandes de sortie d'échantillons biologiques.
- Le CRB se garde le droit de refuser les prestations sous réserve de la faisabilité de la demande
- Respecter la réglementation en vigueur concernant le transport de matière biologique (ADR, IATA,...)
- Anonymiser les données associées au matériel biologique
- Respecter les délais notifiés ci-dessous

Raison de sortie	RB	Délais	Priorité
Sanitaire	Congelées	24 à 48h	1
Recherche : inclusion d'un patient dans un protocole	Congelées	24 à 48h	2
	Paraffinées	24 à 48h	
Autres Recherches	Congelées	48 à 72h	3
	Paraffinées	48 à 72h	
<b>Délais valables pour une demande allant de 1 à 10 échantillons en condition normale de fonctionnement</b>			
<b>Pour des lames blanches (5 blocs) ajouter 24 à 48 h</b>			

Le responsable de la demande s'engage à :

- Utiliser les échantillons ou produits dérivés uniquement au sein du projet décrit dans le présent document ;
- Prévenir le CRB-IMM lors de la fin du projet ;
- Citer le CRB-IMM dans les publications scientifiques
- Retourner les échantillons inclus en paraffine une fois le projet terminé, dans le cadre d'une cession complète ;
- Réaliser un retour d'informations et de résultats scientifiques au CRB pour l'annotation des échantillons
- Recueillir auprès du patient le consentement spécifique à une étude, dans le cadre d'une recherche clinique
- Recueillir auprès du patient le consentement ou la non-opposition selon les modalités de recueil des échantillons, dans le cadre d'un dépôt de ressources biologiques au CRB-IMM ;
- Garantir les ressources financières nécessaires à l'exécution des prestations attendues
- Respecter la réglementation en vigueur concernant le transport de matière biologique (ADR, IATA,...)

Responsable de la demande

DATE	CACHET ORGANISME DEMANDEUR	SIGNATURE DU DEMANDEUR

*Cadre réservé au CRB*

**Accord du département concerné par la demande de sortie d'échantillons :**

Département concerné : .....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Date : .....	
Contact au département : .....	

**Accord de prise en charge du Centre de Ressources Biologiques, Institut Mutualiste Montsouris**

DATE	CACHET ORGANISME	SIGNATURE DU RESPONSABLE