

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

Adresse : 42 boulevard Jourdan, 75014 Paris Cedex 14

Téléphone : 01.56.61.64.74 / 64 86

E-mail : CRB@imm.fr

Numéro de la demande (Réserver au CRB) :

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

1/ Demande de sortie d'échantillons biologiques

Raison de la demande de sortie

SOIN

RECHERCHE → Intitulé du projet :

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 de l'IMM (si connu) :

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

➤ Prise en charge du transport par le CRB : oui non

Si oui, merci de préciser les coordonnées du destinataire :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

E-mail :

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 :
- 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 : oui non. Si oui, N° Eudract :
- L'analyse réalisée sur cet échantillon est requise pour permettre au patient d'accéder au médicament expérimental du protocole? oui non
- Coordonnées et 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 ;
- 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 principes éthiques internationaux et de confidentialité à travers une démarche impartiale et objective ;
- Répondre aux demandes de sortie d'échantillons biologiques dans les délais 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	
Délais valables pour une demande allant de 1 à 5 échantillons en condition normale de fonctionnement			
Pour des lames blanches (5 blocs) ajouter 24 à 48 h			

Le **responsable de la demande** s'engage à :

- Utiliser les ressources biologiques 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 RGPD et le transport de matière biologique (ADR, IATA,...) ;
- Respecter les principes éthiques internationaux et de confidentialité à travers une démarche impartiale et objective

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
-------------	-------------------------	---------------------------------