

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 (Réservé au CRB) :

Concernant les demandes de dépôt de ressources biologiques et l'accès à du matériel biologique frais, merci de bien vouloir contacter le CRB-IMM qui analysera votre demande

Date de la demande :

EXTERNE	INTERNE
<i>Nom et coordonnées du demandeur</i>	<i>Nom et coordonnées du correspondant</i>
Nom :	Nom :
Organisme :	Département :
Adresse :	Téléphone :
.....	
Téléphone :	
E-mail :	

Raison de la demande de sortie

RECHERCHE Nom du projet :

SOIN

Type et nature d'échantillons souhaités

Nombre de patient(es) concerné(es) :

Organe :

Lésion :

N° examen du laboratoire d'anatomopathologie de l'IMM (si connu) :

Tissu fixé

<input type="checkbox"/> Echantillon tumoral	Quantité par patient :
<input type="checkbox"/> Echantillon sain	Quantité par patient :

Tissu congelé

<input type="checkbox"/> Echantillon tumoral	Quantité par patient :
<input type="checkbox"/> Echantillon sain	Quantité par patient :

Tissu congelé

<input type="checkbox"/> Echantillon tumoral	Quantité par patient :
<input type="checkbox"/> Echantillon sain	Quantité par patient :

Tissu congelé

<input type="checkbox"/> Echantillon tumoral	Quantité par patient :
<input type="checkbox"/> Echantillon sain	Quantité par patient :

Souhaitez-vous recevoir des lames blanches, colorées ou des copeaux ?

OUI NON

Nombre de lames blanches :

Nombre de lames colorées :

Nombre de copeaux :

Souhaitez-vous recevoir le CR ACP anonymisé ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p style="text-align: center;">ENVOI</p> Prise en charge du transport par le CRB : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<p style="text-align: center;">Si oui, merci de préciser les coordonnées du destinataire</p> Nom : Adresse : Téléphone : E-mail :
<p style="text-align: center;">RETOUR AU CRB IMM</p> Pour le matériel fixé en paraffine, merci de préciser le devenir de l'échantillon	<input type="checkbox"/> à la fin de l'étude estimée à <input type="checkbox"/> à la fin de l'étape technique d'analyse estimée à

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-t-il consenti au transfert de ses échantillons ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p style="text-align: center;">Responsable du projet :</p> Nom :	Description succincte (Merci de joindre un synopsis du projet à la fiche de demande) :
Collaboration industrielle ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, nom de l'industrie :
L'analyse réalisée sur cet échantillon est requise pour permettre au patient d'accéder à un protocole RIPH ou essai clinique (screening, inclusion, ...) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<p style="text-align: center;">Coordonnées et adresse de facturation des prestations :</p> Nom et Prénom : Organisme : Adresse :	
Commentaires :	

Engagements

Le **CRB-IMM** s'engage à :

- Ce que les patients soient informés et ne s'oppose pas à l'utilisation de leurs échantillons à des fins de recherche ;
- Ce que les méthodes de conservation des échantillons répondent aux recommandations en vigueur ;
- 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 régime de déclaration de collection et d'autorisation de cession
- 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	8 jours ouvrés	3
	Paraffinées	8 jours ouvrés	
Délais valables pour une demande 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; à défaut vous devez en informer le CRB-IMM ;
- Détruire les ressources biologiques congelées après leur utilisation finale; à défaut vous devez en informer le CRB-IMM ;
- Retourner les échantillons inclus en paraffine et les lames colorées selon les informations renseignées dans l'encadre **RETOUR** ;
- Citer le CRB-IMM dans les publications scientifiques comme suit : « CRB-Institut Mutualiste Montsouris » ou « CRB-IMM » ;
- 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

Accords du Comité de Recherche :

Accord du Comité de Recherche IMM	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NA
-----------------------------------	---

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

DATE	CACHET ORGANISME	SIGNATURE DU RESPONSABLE
-------------	-------------------------	---------------------------------