|  |
| --- |
| **Dossier à renvoyer à : crb.cancer@chu-bordeaux.fr** |

*Ce dossier est un pré-requis pour tout dépôt d’une collection. L’objectif est d’appréhender au mieux vos besoins et de vous accompagner dans votre projet de constitution d’une collection à visée de recherche.*

|  |  |
| --- | --- |
| **N° de la demande :** | *Champ réservé au CRB-Cancer* |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de la demande  |      /     /      |

|  |
| --- |
| **Projet scientifique associé à la collection** |

|  |  |
| --- | --- |
| Titre du projet de recherche |       |
| Description du projet de recherche scientifique |       |

|  |
| --- |
| **Projet scientifique associé à la collection** |

|  |  |
| --- | --- |
| Cadre réglementaire | Promotion CHU Bordeaux Cliquez ici pour taper du texte. |
| Financement alloué pour cette collection | OuiCliquez ici pour taper du texte. |
| Source du financement  | Public Cliquez ici pour taper du texte. |
| Dimension collaborative  | Locale |
| Position du CHU de Bordeaux (si applicable) | Choisissez un élément.  |

|  |
| --- |
| **Informations administratives** |

**Demandeur (Responsable scientifique de la bio-collection)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du demandeur |   |
| Fonction |       |
| Adresse de l’organisme  |       |
| Téléphone |       |
| Courriel |       |

**Personne(s) pouvant être contactée(s)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom | Fonction | Organisme + service | Téléphone | Courriel |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Dépôt de la collection** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la collection |  *Champ réservé au CRB-Cancer*     |
| Date de mise en collection souhaitée | Cliquez ici pour entrer une date. |
| Patients prélevés | Choisissez un élément. |
| Prélèvements sur personnes décédées, fœtus, ou embryons, une autorisation de l’agence de biomédecine a-t-elle été obtenue ? | Choisissez un élément. |
| Analyse des caractéristiques génétiques constitutionnelles à partir des échantillons | Choisissez un élément. |
| Nombre d’inclusion |       |
| Nombre de visites |       |
| Périodicité des prélèvements (horaires / jours) |       |
| Site(s) hospitalier(s) préleveur(s) | Choisissez un élément.Cliquez ici pour taper du texte. |
| Des données cliniques et biologiques associées aux échantillons seront-elles collectées dans une base de données informatisée (y compris fichier xls) ? | Choisissez un élément.Si oui, précisez le nom de la base de données : Cliquez ici pour taper du texte.  |
| Pathologie des patients |       |
| Projet de recherche intégré au programme de recherche de BBS*(cadre renseigné par BBS)* | Choisissez un élément.Précisez le CRB concerné :Choisissez un élément. |

|  |
| --- |
| **Prestations demandées au CRB-Cancer** |

**Collection rétrospective**

|  |  |
| --- | --- |
| Prise en charge d’une collection existante | Choisissez un élément. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature des échantillons *(tubes primaires)* | Nature des échantillons*(aliquots)* | Volume/aliquot | Concentration *µg/L (ARN/ADN)* | Conservation | Nbre total d’échantillons |
| T°C | Durée*(an)* |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
| Nombre total d’échantillons biologiques à stocker |       |

**Collection prospective**

|  |  |
| --- | --- |
| Préparation des ressources biologiques  | Choisissez un élément. |
| Conservation des ressources biologiques  | Choisissez un élément. |
| Duplication des ressources biologiques | Choisissez un élément., Si oui, précisez :Cliquez ici pour taper du texte. |
| Contrôle qualité  | Choisissez un élément., Si oui, précisez :Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Matrice de prélèvement / *Nature des échantillons (aliquots)* | T°d’acheminement | Préparation | Conservation | Nombre d’aliquots (A1)/visite (A2)/patient (A3) | Nbre de blocs fixés*(parafine)* | Nbre de sujet | Nbre total d’échantillons |
| Délai pré analytique*(minutes)* | Type | Volume/aliquot | Concentration *µg/L (ARN/ADN)* | Délai pré analytique*(minutes)* | T°C | Durée*(an)* | A1 | A2 | A3 |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Nombre total d’échantillons biologiques à stocker |       |

**Acheminement des échantillons biologiques au CRB-Cancer**

|  |  |
| --- | --- |
| Fréquence d’acheminement | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Transporteur | Choisissez un élément.précisez : Cliquez ici pour taper du texte. |

**Sortie des échantillons du CRB-Cancer**

|  |  |
| --- | --- |
| Fréquence d’envoi |       |
| Température de transport | Choisissez un élément. |
| Lieu(x) d’envoi des ressources biologiques | Choisissez un élément. | Cas des envois hors France Précisez le N° d’autorisation d’export des ressources biologiques : Cliquez ici pour taper du texte. |
| Envoi  | CHU de BordeauxChoisissez un élément. | Hors CHU de BordeauxChoisissez un élément.**Précisez le transporteur** :Cliquez ici pour taper du texte.  |

**Données associées**

|  |  |
| --- | --- |
| Accessibilité des données associées (si existante) | Choisissez un élément. |
| Mots clés | Cliquez ici pour taper du texte. |

|  |
| --- |
| **Engagement des parties intéressées**  |

BBS s’engage à :

* Respecter le consentement du patient
* Aucune ressource biologique n’est cédée/transférée sans consentement du donneur ou l’obtention d’une dérogation du CPP
* Ne pas satisfaire une demande de mise à disposition de ressources biologiques sans l’accord du déposant et/ou promoteur
* Respecter la confidentialité de toutes les informations transmises et stockées dans le cadre de son activité
* Favoriser la valorisation des collections des déposants après leur accord, notamment par la mise en place d’un catalogue sur le site internet du CHU de Bordeaux
* Respecter les conditions d’embargo préalablement définies dans le contrat
* Détruire toute ressource biologique à la demande du déposant et/ou du promoteur et/ou du donneur

Le déposant s’engage à lire et accepter les conditions de BBS du CHU de Bordeaux :

* Respecter la législation applicable
* Déclarer son activité de recherche nécessitant la préparation et/ou la conservation et/ou l’utilisation d’échantillons biologiques humains, auprès du Ministère de l’Enseignement Supérieur et de la Recherche
* Veiller à ce que les donneurs soient informés et donnent leur consentement pour le projet de recherche, la mise en collection, le recueil des données, ainsi que leurs utilisations à des fins de recherche
* Transmettre toutes les informations nécessaires permettant de recueillir, préparer, conserver les ressources biologiques dans les meilleures conditions
* Informer BBS en cas d’abandon de la collection
* A respecter l’engagement financier pris avec BBS

**Avis du CRB-BBS**

**COMMENTAIRES** :

**Avis du CRB BBS** : [ ]  Acceptation [ ]  Besoin de solliciter le Conseil Scientifique [ ]  Refus (expliquer les motifs du refus) :

**Avis demandé au Conseil Scientifique du CRB Concerné** : [ ]  Acceptation [ ]  En attente [ ]  Refus (expliquer les motifs du refus) :

**Date :**

**Visa :**