|  |
| --- |
| **Renseignements** |
| **Titre du projet :**  **Titre abrégé :** |
| **Coordonnateur, responsable du projet** (demandeur)  Nom :       Prénom :  Fonction :  Organisme - Etablissement :  Adresse :  Tél. :       Fax :  E-mail : |
| **Description du projet de recherche** |
| **Descriptif du projet :** |
| **Objectif principal du projet :** |
| **Objectif(s) secondaire(s) :** |
| **Approche / techniques envisagées :** |
| **Résultats attendus :** |
| **Durée du projet** : Date de début :       /       /       Date de fin :       /       / |
| **Partenaires associés au projet :**   * Au niveau National : * Au niveau International : |
| **Le projet a déjà bénéficié d’une évaluation scientifique positive :**  Oui  Non Date :       /       /  Par qui (citer l’institution évaluatrice) : |
| **Devenir des ressources biologiques :**  En fin de protocole:  Restitution auprès du CRB  Destruction et information au CRB  Utilisation complète et information au CRB |

|  |
| --- |
| **Financement du projet** |
| **Le projet est-il financé** :  Oui  Non  Si oui, précisez la source de financement du projet :  Projet déjà validé par un Comité Scientifique :  Oui  Non  Budget global du projet :  Budget prévu pour les ressources biologiques : |
| **Description des besoins en ressources biologiques** |
| **Critères d’inclusion des Ressources Biologiques** |
| **Pathologie :**  **Patients :**  **Ressources biologiques :**   * Type :  Tumeur  Tissus sain  Produits sanguins ADN ARN   Autre :   * Organe : * Nature (ex : fixé, congelé, sérum, plasma…) : * Contrôle qualité demandé : * Quantité :   **Données associées souhaitées :**   Oui  Non  **Détails :** |
| **Critères d’exclusion des Ressources Biologiques** |
| **Pathologie :**  **Patients :**  **Ressources biologiques** (Précisions) :  Date prévisionnelle de mise à disposition des échantillons biologiques :      /       / |
| **Conditions générales de mise à disposition** |
| Le CRB-CHU de Nîmes s’engage à :   * Être en accord avec la législation et la réglementation concernant la gestion des collections * S’assurer de l’adéquation entre le consentement (ou la non-opposition du donneur) et l’utilisation projetée de la collection * Mettre tous les moyens en œuvre pour répondre aux exigences du demandeur * A répondre à la demande de mise à disposition des échantillons le plus rapidement possible. Un délai maximum de 15 jours ouvrablessera demandé à compter de la date de la demande. * Respecter la confidentialité de toutes les informations qui lui seront fournis et faire en sorte qu’elles ne soient pas divulguées à des tiers sans autorisation écrite de l’initiateur.   Le demandeur s’engage à :   * Respecter la législation en vigueur pour l’utilisation des échantillons biologiques dans le cadre de recherches scientifiques * Ne pas utiliser le matériel biologique cédé à des fins de recherche autres que celles prévues * Ne pas céder au profit d’un tiers les échantillons fournis par le CRB-CHU de Nîmes, dans un but autre que celui de la poursuite des recherches telles qu’exposées dans la demande. * Informer le CRB-CHU de Nîmes de la qualité des échantillons et du service rendu lors de la mise à disposition * Respecter, le cas échéant, les engagements financiers pris avec le CRB-CHU de Nîmes * Mentionner la participation du CRB dans toutes publications scientifiques découlant des résultats obtenus à partir du matériel biologique mis à disposition * Envoyer au CRB-CHU de Nîmes un tiré à part des publications résultant de l’étude. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date de la demande :**      /       /       **Signature du demandeur :** | | |
| **Cadre réservé au CRB-CHU de Nîmes** | | |
| Disponibilité des RB | Oui | Non |
| Accord du responsable de la collection le : |  | |
| Avis du Comité Scientifique : | Favorable | Demande rejetée |
| Date :      /       / | |
| Si demande rejetée, motif du refus : |  | |
| Si demande favorable, envoi des échantillons le : |  | |
| Responsable Collection à contacter pour la suite du projet : |  | |