***Modifications mineures notifiées dans le document par un trait orange dans la marge gauche***

# Description de la collection

* Nom de la collection :
* Nom, Tél. et mail du déposant ou référent de la collection :

* Nom du responsable administratif :
* Descriptif de la collection :

* Date de création :
* Date de fin :
* Origine de la collection
* Collecte prospective : 🞎oui 🞎 non
* Collecte rétrospective : 🞎oui 🞎 non
* Collecte en cours : 🞎oui 🞎 non
* Projet de Recherche Institutionnelle (PHRC, ANRS, ) 🞎oui 🞎 non

Titre de l'étude (si collection issue d'un protocole) :

Numéro :

Origine du financement :

Nom du promoteur :

Projet en cours de recrutement : 🞎oui 🞎 non

Projet terminé : 🞎oui 🞎 non

* Projet de Recherche non institutionnel : 🞎oui 🞎 non

Nom du promoteur :

Projet en cours de recrutement : 🞎oui 🞎 non

Projet terminé : 🞎oui 🞎 non

* Projet de requalification de la collection pour un nouveau projet de recherche : 🞎 oui 🞎 non

Si oui, le projet a-t-il été déposé ?

* Budget prévu pour les ressources biologiques : 🞎 oui 🞎 non

Montant : ……………………………………………….

Forme de financement (équipement, personne..) :

Type de financement : 🞎Public 🞎 Privé

* Type(s) de prélèvements / échantillons :

🞎 Tissus FFPE 🞎 Tissus congelés 🞎 Sang total 🞎 Plasma 🞎 Sérum 🞎 Cellules

🞎 ADN 🞎ARN 🞎 Selles 🞎 Salive 🞎 Urine 🞎 Lignées cellulaires 🞎 Autres fluides

* Nombre de patients prévus :
* Nombre d'échantillons par type de prélèvements, par patient et par visite :

* Nombre de cession(s) prévue(s) par an et volume :
* au niveau National :
* au niveau International :
* Collection disponible pour d'autres chercheurs (catalogue du CRB) ? 🞎 oui 🞎 non
* Si collection en cours :
* Nombre de patients actuels :
* Nombre d'échantillons actuels :
* Lieu de stockage actuel de la collection :
* Modalités de stockage actuel de la collection :

🞎 En azote 🞎 -140°C 🞎 -80°C 🞎 -20°C 🞎 +4°C 🞎 Température ambiante

* Valorisation antérieure de la collection dans le cadre d'un ou de projets de recherche :………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
1. **Prestation demandée au CRB**
* Réception (rythme d'inclusion prévu) :
* Coupe, préciser :

🞎 HES 🞎 Lames blanches

 *Nombre et épaisseur de coupe* :……………………..……

* Relecture par un anatomopathologiste, préciser les critères :
* Centrifugation
* Aliquotage (type de prélèvement) :
* Extraction ADN, préciser le type de prélèvement extrait, la quantité et la méthode d’extraction souhaitées :
* Extraction ARN, préciser le type de prélèvement extrait, la quantité et la méthode d’extraction souhaitées :
* Mise en plaque
* Stockage, préciser :

🞎 En azote 🞎 -80°C 🞎 -20°C 🞎 +4°C 🞎 Température ambiante

Durée de stockage : 🞎 3 ans 🞎 5 ans Autre durée :

* Gestion des données cliniques par le CRB :

Annotation exigées :

Sous quelle forme les données sont fournies au CRB ?

1. **Aspects règlementaires**
* Gestion des consentements / Non-oppositions par le CRB ? 🞎 oui 🞎 non

Si non, l’investigateur principal atteste qu’il dispose de tous les consentements : 🞎 oui 🞎 non

* Déclaration de la collection auprès du Ministère de la recherche (CODECOH) : 🞎 oui 🞎 non

Date de la déclaration : Numéro de la déclaration :

* Accord d’un Comité de Protection des Personnes (CPP) : 🞎 oui 🞎 non

Date : Numéro dossier CPP :

* Déclaration à l’Agence de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : 🞎 oui 🞎 non

Date de la déclaration : Numéro de la déclaration :

* Dépôt de la collection dans le CRB-IB prévu le :

**Date de la demande : Signature du demandeur :**

1. **Cadre réservé au CRB**
* Avis du CRB-IB sur la faisabilité : 🞎 Favorable 🞎 Demande rejetée

Date :

Motif du rejet :

* Avis du Collège de recherche clinique : 🞎 Favorable 🞎 Demande rejetée

Date :

Motif du rejet :

* Si avis favorable, envoi des échantillons le :