



## Description de la collection

- Nom de la collection : .....
- Nom et contact du déposant ou référent de la collection : .....  
.....
- Descriptif de la collection (5 lignes) : .....  
.....  
.....  
.....  
.....
- 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..)
    - 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 :



Nom du promoteur : .....

Projet en cours de recrutement:  oui  non

Projet terminé :  oui  non

• Type(s) de prélèvements :

Tissu  plasma  sang total  sérum  selles

ADN  ARN  fluides  salive  urine

• Nombre de patients prévus:.....

Si collection en cours, nombre de patient actuels et nombre d'échantillons :.....

.....

• Nombre d'échantillons par type de prélèvements, par patient et par visite :.....

.....

• Lieu de stockage actuel de la collection : .....

• Modalités de stockage actuel de la collection (-80°C, -20°C, +4°C) :.....

• Modalités de stockage demandées au CRB (-80°C, -20°C, +4°C) .....

• Nombre de cession(s) prévue(s) par an et volume :

au niveau National :.....

au niveau International : .....

• Valorisation antérieure de la collection dans le cadre d'un ou de projets de recherche:.....

.....

• Type de projet de recherche impliquant la collection :.....

- Titre du projet :.....

- Année :.....



- Financé :  oui  non

Montant : .....

- 5 dernières publications sur la collection ou de l'équipe :

- 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

## Demande au CRB

- Prestation de service :

Réception (rythme d'inclusion prévu) : .....

Centrifugation

Aliquotage (type de prélèvement) : .....

Mise en plaque

Extraction ADN (type de prélèvement) : .....

Extraction ARN (type de prélèvement) : .....



Stockage (Température) : .....

- Durée de stockage :  3 ans  5 ans
- Gestion des données cliniques par le CRB :  oui  non

- Annotation exigées :

.....  
.....  
.....

-Sous quelle forme les données sont fournies au CRB ? .....

- Collection disponible pour d'autres chercheurs (catalogue du CRB):  oui  non

### Aspects réglementaires

- Gestion des Consentements/Non opposition par le CRB ?  oui  non  
Si non, Attestation de consentement par l'investigateur principal :  oui  non

- Déclaration de la collection auprès du Ministère de la Recherche (CODECOH) :  oui  non

Date de la déclaration : ..... Numéro : .....

- Déclaration Agence de sécurité du médicament et des produits de santé(ANSM)  oui  non

Date : ..... Numéro: .....

- Accord du Comité de Protection des Personnes (CPP) :  oui  non

Date : ..... Numéro du dossier CPP : .....

Dépôt de la collection dans le CRB prévu le .....

Date de la demande : .....

Signature du demandeur : .....



**Cadre réservé au CRB Paris-Sud**

Avis du COPIL :  Favorable  Demande rejetée

Date : .....

---

Accord du Comité scientifique du CRB:  Favorable  Demande rejetée

Date : .....

---

Si demande rejetée, motif du refus : .....

.....

.....

Si demande favorable, envoi des échantillons le : .....