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

**Titre du projet :**

**Coordonnateur, responsable du projet :**

Organisme - Etablissement :

Adresse :

Tél :

e-mail :

***Description du projet***

**Contexte :**

**Objectif(s) du projet :**

**Approche :**

**Résultats attendus :**

**Projet soumis à un comité de lecture : 🞏 oui, lequel :**

 **🞏 non**

**Collaboration avec une équipe de recherche IB : 🞏 oui, laquelle :**

 **🞏 non**

**Financement prévu pour les ressources biologiques : 🞏 oui**

 **🞏 non**

***Description des besoins en ressources biologiques : Critères d’inclusion***

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de pathologie** **:**  | **Organe :**  |
| **Caractéristiques (âge, sexe) et nombre de patients :**  |
| **Autres précisions :**  |
| **Données associées :**  |
| **Ressources biologiques congelées ou à l’état frais :** |
| **🞏 Fraction de Tissu tumoral** *Préciser le poids :*  | **🞏 HES** tissu tumoral |
| **🞏 Fraction de Tissu Non-tumoral** *Préciser le poids :*  |  |
| Acides nucléiques tumoraux | **🞏 ADN** *Préciser la quantité :* **🞏 ARN** *Préciser la quantité :*  | *Préciser la technique d’extraction :*   |
| Acides nucléiques Non –tumoraux**🞏 Lignées cellulaires** | **🞏 ADN** *Préciser la quantité :* **🞏 ARN** *Préciser la quantité :* *Préciser le nombre : ……………………………………....* | *Préciser la technique d’extraction :*   |

|  |
| --- |
| **Ressources biologiques en paraffine (FFPE) :** |
| *Préciser l’épaisseur et le nombre :*Fraction de Tissu tumoral**🞏 Blocs****🞏 Coupes** **🞏 Forages**  | *Préciser le nombre :***🞏 HES** tissu tumoral**🞏 Lames blanches**   |
| Fraction de Tissu Non-tumoral **🞏 Blocs****🞏 Coupes** **🞏 Forages**  | **🞏 HES** **🞏 Lames blanches**   |
| Acides nucléiques tumoraux | **🞏 ADN** *Préciser la quantité :* **🞏 ARN** *Préciser la quantité :*  | *Préciser la technique d’extraction :*   |
| Acides nucléiques Non -tumoraux | **🞏 ADN** *Préciser la quantité :* **🞏 ARN** *Préciser la quantité :*  | *Préciser la technique d’extraction :*   |

***Critères d’exclusion***

**Pathologie :**

**Patients :**

**Ressources biologiques :**

***Délais de mise en place***

**Le CRB-IB s’engage à traiter votre demande dans les meilleurs délais**

**Ci-dessous vous pouvez trouver à titre indicatif les délais moyens de mise à disposition des Ressources Biologiques selon le type de demande :**



**Date souhaitée de mise à disposition des Ressources Biologiques :**

***Critères d’approbation (à documenter par le CRB)***

**Consentements : Patients DCD : Courriers de non-opposition à rédiger :**

**Visa pour accord du responsable de la collection :**

**Date :**

**Date de validation du Collège de Recherche Clinique :**

**Commentaires :**

**Visa du demandeur Visa du Responsable du CRB-IB**

**Le Le**