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

**Titre du projet :**

**Responsable du projet :**

**Synopsis du projet :**

***Description des besoins en ressources biologiques***

|  |  |
| --- | --- |
| **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/ou 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 :*   |

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

 **🞏 non**

**Les ressources biologiques seront-elles transmises à un autre tiers ? : 🞏 oui**

 **🞏 non**

Si oui, un contrat de transfert de matériel devra être élaboré entre l’Institut Bergonié et le Centre receveur

**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 pour la mise à disposition des Ressources Biologiques :**

*Partie à compléter par le CRB*

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

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

**Date :**

**Commentaires :**

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

**Le Le**