

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTEGRATION D'UNE COLLECTION BIOLOGIQUE AU CRB

N° Demande : ..... Date demande : ..... Modalité de transmission demande : <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> courrier				
<b>1. UNITE/SERVICE DEMANDEUR :</b> .....				
<b>1.1 Scientifique demandeur</b>		<b>1.2 Responsable des collections</b>		<b>1.3 Chef d'Unité</b>
Nom : .....		Nom : .....		Nom : .....
Fonction : .....		Fonction : .....		Poste téléphonique : .....
Poste téléphonique : .....		Poste téléphonique : .....		E-mail : .....
E-mail : .....		E-mail : .....		
<b>2. CONTEXTE D'ACQUISITION DE LA COLLECTION BIOLOGIQUE</b>				
<input type="checkbox"/> Projet <input type="checkbox"/> Activité de diagnostic <input type="checkbox"/> Autres Titre : ..... Intitulé et finalité du projet:..... Accord du Comité d'Ethique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable – Si oui, n° dossier : ..... Nombre compléments échantillons appartenant à la collection biologique à intégrer ultérieurement:..... Date de réalisation du projet : Début du projet : ..... Fin du projet : ..... Collection biologique déjà partagé à l'extérieur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Soumis au Protocole de Nagoya : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conditions pour les collaborations : <input type="checkbox"/> Collection biologique ouverte - <input type="checkbox"/> Collection biologique fermée				
<b>3. CARACTERISTIQUES DE LA COLLECTION BIOLOGIQUE</b>				
Origine	Type/nature	Spécificité commune	Nombre échantillons par collection	Quantité par tube (Unité à préciser)
Humaine <input type="checkbox"/>	Souche bactérienne <input type="checkbox"/>			
	Souche virale <input type="checkbox"/>			
	Parasite <input type="checkbox"/>			
	Autres (à préciser) <input type="checkbox"/>			
	.....			
	ADN <input type="checkbox"/>			
	ARN <input type="checkbox"/>			
	Organe <input type="checkbox"/>			
	Type : .....			
	Liquide biologique <input type="checkbox"/>			
	Type : .....			
	Autres (à préciser) <input type="checkbox"/>			
	.....			
Animale <input type="checkbox"/>	Souche bactérienne <input type="checkbox"/>			
	Souche virale <input type="checkbox"/>			
	Parasite <input type="checkbox"/>			
	Autres (à préciser) <input type="checkbox"/>			
	.....			
	ADN <input type="checkbox"/>			
	ARN <input type="checkbox"/>			
	Organe <input type="checkbox"/>			
	Type : .....			
	Liquide biologique <input type="checkbox"/>			
	Type : .....			
	Autres (précisez) <input type="checkbox"/>			
	.....			
Environnementale <input type="checkbox"/>				
Autres (à préciser) <input type="checkbox"/>				
	.....			
Collection biologique à risque infectieux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser le niveau de risque lié à la collection biologique <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4			
<b>4. VISAS DU SERVICE DEMANDEUR</b>				
<b>4.1 Scientifique demandeur</b>			<b>4.2 Chef de service</b>	
Date : .....			Date : .....	
Nom : .....			Nom : .....	
Fonction : .....				
Visa			Visa :	

INSTITUT PASTEUR DE MADAGASCAR – CENTRE DE RESSOURCES BIOLOGIQUES  
FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTEGRATION D'UNE COLLECTION BIOLOGIQUE AU CRB

**5. AVIS DU COMITE DE PILOTAGE DU CRB-IPM (CoPil-CRB)**

Date réception de la demande : .....  
Date réunion CoPil-CRB : .....  
Avis du CoPil-CRB :  Favorable  
                           Défavorable  
                           Eléments à compléter  
Remarques éventuelles :

**6. VISAS CoPil-CRB**

6.1 Représentant CoPil-CRB	6.2 Responsable CRB-IPM
Date : ..... Nom : ..... Fonction : ..... Visa :	Date : ..... Nom : ..... Visa :
Date de transmission avis CoPil-CRB au demandeur : ..... par : .....	
Modalité de transmission avis CoPil-CRB au demandeur : <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> courrier	