



**Formulaire de demande d'échantillons au
Réseau des CRB Santé des DROM**

Réf : CRB-DROM-demande

Version : 01

Applicable le : 01/11/2025



Cette demande est adressée au Guichet Unique du Réseau des CRB Santé des DROM à l'adresse reseaucrbdrom@gmail.com, qui vérifiera que le dossier de demande est complet, avant son évaluation pour expertise scientifique et faisabilité.

Lorsque la demande est acceptée, selon le cas, un devis est proposé et un contrat de cession ou de collaboration sera élaboré entre le demandeur et les CRB impliqués dans la mise à disposition d'échantillons.

Le demandeur s'engage à utiliser les ressources biologiques mises à disposition par le Réseau pour un objectif conformément au contrat établi et à communiquer les principaux résultats obtenus au Réseau des CRB Santé des DROM, notamment la finalisation de publications scientifiques. Dans ces dernières, la contribution du Réseau des CRB sera citée et fera l'objet de remerciements (à minima).

Renseignements

Titre du projet et acronyme :

Demande associée à un WP ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, préciser : _____

Demandeur :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Rôle dans le projet : ☐ **Coordonnateur** ☐ **Chercheur associé**

Organisme - Etablissement :

Adresse :

Tél. :

E-mail :

Description du projet

Descriptif du projet (état des connaissances actuelles, hypothèse) :

Objectif principal du projet :

Objectif(s) secondaire(s) :

Techniques envisagées (Exemple : séquençage, génotypage...) :

Résultats attendus :

Durée du projet : Date de début : / / Date de fin : / /

Partenaires associés au projet :

- Au niveau National :
- Au niveau International :

Le projet a déjà bénéficié d'une évaluation scientifique favorable: ☐ Oui ☐ Non

Date : / /

Citer l'institution évaluatrice (consortium, comité ...) :



Formulaire de demande d'échantillons au Réseau des CRB Santé des DROM

Réf : CRB-DROM-demande

Version : 01

Applicable le : 01/11/2025



Devenir des ressources biologiques :

- En fin de protocole:
- ☐ Restitution auprès du/des CRB
 - ☐ Destruction et information au(x) CRB
 - ☐ Utilisation complète et information au(x) CRB
 - ☐ Transfert vers une autre équipe

Financement du projet

- Le projet est-il financé : ☐ Oui ☐ Non
- Si oui, précisez la source de financement du projet :
- Projet déjà validé par un Comité éthique : ☐ Oui ☐ Non ☐ Non requis
- Budget global du projet :
- Budget prévu pour les ressources biologiques :

Description des besoins en ressources biologiques

Critères d'inclusion des Ressources Biologiques

Patients /donneurs (descriptif si nécessaire, J2 symptômes dengue...) :

Pathologie :

Nombre de Patients souhaités

Collection biologique : ☐ prospective ☐ rétrospective

Ressources biologiques :

- Type : ☐ Tumeur ☐ Tissus sain ☐ Produits sanguins ☐ ADN ☐ ARN ☐ Autre :
- Organe :
- Nature (ex : fixé, congelé, sérum, plasma...) :
- Contrôle qualité demandé :
- Quantité d'échantillons :
- Volume d'échantillon :

Remplir le tableau ci-dessous par type d'échantillons (Sérum, plasma...) :

Type d'échantillon :					
Conservation (fixé, congelé...)					
Volume (µl)/poids (µg):					
Concentration (ng/µl)					
Quantité					
Contrôle Qualité demandé (préciser)					
Nombre par patient					

Données associées souhaitées : ☐ Oui ☐ Non

Détails : Données Démographiques : sexe ☐ Age ☐

Données Biologiques (sérologie, PCR positive...) :

Autres (données cliniques):

Critères d'exclusion des Ressources Biologiques



**Formulaire de demande d'échantillons au
Réseau des CRB Santé des DROM**

Réf : CRB-DROM-demande
Version : 01
Applicable le : 01/11/2025



Pathologie :			
Patients :			
Autre (interférences...) :			
Date souhaitée de mise à disposition des échantillons biologiques : / /			
Conditions générales de mise à disposition			
Chacune des parties s'engage à respecter la réglementation en vigueur.			
Date de la demande : / /		Signature du demandeur :	
Diffusion au réseau			
Cadre réservé au Réseau des CRB			
Etude de faisabilité menée par le réseau le :		/ /	
CRB répondeur(s) :			
☐ CRB de la Guadeloupe	☐ CRB de la Guyane	☐ CRB de la Martinique	☐ CRB de la Réunion
Disponibilité des RB		☐ Oui	☐ Non
Accord du ou des responsable(s) de la collection le :		/ /	
Avis du consortium ou comité d'évaluation scientifique sur ce projet : (joindre un justificatif : CR, relevé de décision)		☐ Favorable	
		☐ Demande rejetée	
		Date : / /	
Si demande rejetée, motif du refus :			
Si demande favorable, envoi des échantillons le (noter la date d'envoi par CRB impliqué):			