** **

**Formulaire de demande d’accès aux échantillons et données y afférentes auprès de la Tumorothèque**

A compléter et envoyer à tumorotheque@bordet.be

*A compléter par le gestionnaire de la Tumorothèque*

Référence du projet :

Titre du projet:

Responsable du projet :

Organisme :

E-mail : Tél : Fax :

*Une copie du CV du responsable du projet sera attachée au formulaire*

Date du début du projet :

Date de fin :

**Description du projet scientifique\***

(Résumé)

\*Une copie du projet sera attachée au formulaire

Cas d'utilisation (à cocher):

Interne:

* Projet de mise au point de techniques du Service d'Anatomie Pathologique, Cytologie et Cytogénétique sans données cliniques afférentes.
* Projet académique mené par un ou plusieurs chercheur(s) interne(s) à l’Institut Jules Bordet.

Externe :

 *National* :

* Projet académique en collaboration avec des équipes de recherche académiques belges externes à l’Institut Jules Bordet.
* Projet à caractère académique mené en collaboration avec des équipes de recherche non-académiques externes à l’Institut Jules Bordet.

Projet à caractère commercial mené en collaboration avec des équipes de recherche non-académiques externes à l’Institut Jules Bordet.

 *International*:

* Projet académique en collaboration avec des équipes de recherche académiques sises en-dehors de la Belgique.
* Projet à caractère académique mené en collaboration avec des équipes de recherche non-académiques sises en-dehors de la Belgique
* Projet à caractère commercial mené en collaboration avec des équipes de recherche non-académiques sises en-dehors de la Belgique

En cas de projet multicentrique :

Nombre de partenaires :

Nom : Institution :

Nom : Institution :

Nom : Institution :

Le projet a déjà bénéficié d'une évaluation scientifique positive:

 OUI \*, émise par Date:

 NON

Budget (estimation) prévu pour les ressources biologiques :

La Tumorothèque de l’Institut Jules Bordet peut-elle se voir communiquer les résultats individuels sur les échantillons afin de valoriser sa collection ?

 OUI

 NON

\* Une copie des avis rendus sera attachée au formulaire

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

**Pathologie :**

Ressources biologiques:

***Tissus***

- Organe:

- Type : □ Congelé Nombre des coupes à 10 µm :

 □ Paraffine Nombre des coupes à 10 µm :

- Tissu normal associé :

- Echantillon de sang total associé :

- Qualité :

- Quantité demandée :

Lames H&E :

***Sang***

* Sang total:
* Plasma :

- Conditionnement : EDTA / Streck

- Quantité demandée :

*A compléter par le gestionnaire de la Tumorothèque*

Quantité disponible :

**Patient :**

- Consentement du patient OUI NON

- **Données cliniques et historiques associées souhaitées**

* Informations sur le patient (sexe, âge, etc.)
* Détails histologiques et diagnostiques (type, stade, grade)
* Historique (cancers antérieurs, tabac, facteurs de risque)
* Antécédents familiaux de cancer
* Intervention chirurgicale (procédure et date)
* Radiothérapie (intention, date du début, de la fin, dose)
* Thérapie systémique (intention, date du début, de la fin, régime et type)
* Toxicité relative au traitement
* Résultats/Suivi (progression/rémission, période disease-free)
* Autres :

- Date de la demande :

- Date souhaitée de mise à disposition :

- Autres précisions :

*A compléter par le gestionnaire de la Tumorothèque :*

Date de l’avis favorable rendu par le Comité d’Ethique :

Date de l’avis favorable rendu par la Commission Scientifique :

Date de l’avis favorable rendu par le Comité Tumorothèque (si requis) :