

Envoyer à [siric.montpellier@icm.unicancer.fr](mailto:siric.montpellier@icm.unicancer.fr)

**Titre du projet :** .....

**Titre abrégé :** .....

**Coordonnateur, responsable du projet (Nom, Prénom, Fonction) :** .....

Organisme - Etablissement : .....

Adresse : .....

E-mail : ..... @ .....

Tél. : ..... Fax : .....

Promoteur : .....

**Description du projet : Résumé** en trois parties : contexte scientifique, descriptif du projet et résultats attendus

**Rationnel du Projet :** (*max. 1000 caractères*)

**Descriptif du projet :** (*max. 2000 caractères*)

**Objectif principal du projet :**

.....  
.....

**Objectif(s) secondaire(s) :**

.....  
.....

**Approche / techniques envisagées :**

**Résultats attendus :** (*max. 1000 caractères*)

**Niveau de confidentialité** demandée pour ce projet :

Standard  Elevé (Ex : en vue de dépose de Brevets)  Raisons : .....

**Nature du Projet :**

Collaboration :  Oui  Non

Autre : .....

Commentaires : .....

**Le projet est-il financé :**  Oui  Non

Budget global : .....

dont pour la demande (estimation à réaliser conjointement avec le Comité scientifiques des CRB): .....

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

### ***Evaluation statistique de la taille de l'échantillon / Description des besoins de recherche demandés au service de Biostatistiques***

- Statisticien en charge du projet : .....

- Justification du nombre de sujets / échantillons nécessaires : .....

- Analyses statistiques prévues : .....

### ***Description des besoins de recherche demandés aux CRB***

**Pathologie :** .....

**Nombre de Patients :** .....

#### **Ressources biologiques :**

- Organe : .....

- Type :  Tumeur  Tissus sain  Produits sanguins  ADN  ARN  Autre : .....

- Nature (ex : fixé, congelé, sérum, plasma...) : .....

- Contrôle qualité demandé : .....

- Quantité : .....

- Moyens financiers (coûts / subventions) : .....

- Date prévisionnelle de besoin des échantillons biologiques : .....

#### **Critères d'exclusion des Ressources Biologiques (sous-groupes biologiques ou cliniques particuliers, etc.)**

**Pathologie :** .....

**Patients :** .....

**Ressources biologiques (Précisions) :** .....

**Commentaires :** .....

### ***Description des besoins de recherche demandés à l'URT de l'ICM (le cas échéant)***

#### **Caractérisation anatomo-pathologique**

Description : .....

Délai : .....

Moyens financiers (coûts / subventions) : .....

#### **Caractérisation moléculaire**

Description : .....

Délai : .....

Moyens financiers (coûts / subventions) : .....

#### **Caractérisation pharmacologique**

Description : .....

Délai : .....

Moyens financiers (coûts / subventions) : .....

### ***Description des besoins de recherche demandés en termes de données cliniques***

**Nécessité de données Cliniques**  Oui  Non

Description des données demandées: .....

.....

Délai : .....

Moyens financiers (coûts / subventions) : .....

## Flowchart avec délais estimés

## Données de traçabilité des échantillons

### Mode de transport des échantillons :

Carboglace par coursiers

Autres

Préciser :

### Lieux, conditions de stockage et d'utilisation :

Adresse :

Mode de conservation :

### Devenir des échantillons en fin de protocole :

Retour à la collection

Destruction avec déclaration

## Avis du Comité SIRIC

Date de la réunion : .....

Avis favorable

Nécessité d'informations complémentaires

Description : .....

Projet non retenu

Description : .....

Personne (URT / CRB) à contacter pour la suite du projet : .....