**MYOBANK – AFM**

**Institut de Myologie**

Hôpital Pitié-Salpêtrière

Plateforme de Ressources Biologiques

Bât Babinski, 83 Bd de l’hôpital-75013 PARIS

Tél : 01-42-17-74-63 / 7506

Port : 06-60-32-08-36

e-mail : [myobank-afm@institut-myologie.org](mailto:myobank-afm@institut-myologie.org)

**LABORATOIRE**

**Intitulé :**

**Directeur :**

**Adresse :**

**Ville :**

**Téléphone :**

**Mail :**

**Responsable(s) de la recherche pouvant être contacté(s) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRENOM** | **TELEPHONE** | **PORTABLE** | **E-MAIL** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**SUJET DE RECHERCHE**

**Financement AFM-TELETHON :** OuiNon

**Titre :**

Votre projet de recherche inclut-il l’étude de caractéristiques génétiques ?  Oui  Non

Pour votre projet de recherche, bénéficiez-vous de l'accord :

D'un CPP  d'un Comité d'EthiqueANSM  autre autorité réglementaire

**Commentaires :**

**PRESTATIONS**

Demande de ressources biologiques

Hébergement d'une collection  Durée prévue : Quantité ou volume :

Hébergement d’une duplication de collection  Durée prévue : Quantité ou volume :

Logistique de transport

Prestation de collecte et prestation dédiée

Autres prestations

**Commentaires :**

**RESSOURCES BIOLOGIQUES SOUHAITEES**

**Pathologiques :**

Tissus (en cas de muscle, préciser lesquels) / Fluides (préciser lesquels) / Cellules (préciser lesquelles) / Lignées :

Age :

Enfant ou jeune adulte < 20 ans  Nombre d'échantillons pathologiques souhaité :

Adulte  Nombre d'échantillons pathologiques souhaité :

Poids ou volume approximatif souhaité pour un échantillon :

**Témoin(s) :**

Tissus (en cas de muscle, préciser lesquels) / Fluides (préciser lesquels) / Cellules (préciser lesquelles) / Lignées :

Age :

Enfant ou jeune adulte < 20 ans  Nombre d'échantillons témoins souhaité :

Adulte  Nombre d'échantillons témoins souhaité :

Poids ou volume approximatif souhaité pour un échantillon :

**Type de préparation :**

**Tissus** : à 4°C à sec  Milieu de culture

Autre milieu de conditionnement :

**Tissus congelés :**

Azote liquide 

Isopentane refroidi à l'azote liquide 

Cryoconservation pour culture cellulaire

Rna Later pour étude spécifique de l’ARN

**Cultures primaires** : Myoblastes  Fibroblastes

Flasques Congelées

Quantité :

**Lignées :**  Nom de la (des) lignée(s) :

**Fluides** : Sérum  Plasma  Autres  :

**Autres :**

**Techniques qui seront employées avec les échantillons** (vos réponses orienteront les conditions de prélèvement, de stockage et d’expédition) **:**

**Commentaires**:

*Note : pour savoir quelles ressources biologiques sont disponibles, merci de contacter Myobank-AFM de l’Institut de Myologie : myobank-afm@institut-myologie.org*

# LETTRE ACCORD

J'ai bien pris connaissance de la charte de la MYOBANK-AFM de l’Institut de Myologie

Je m'engage

1. à respecter la législation applicable à l’utilisation des ressources biologiques dans le cadre de recherches scientifiques pour lesquelles j’ai sollicité MYOBANK-AFM,
2. à utiliser les ressources biologiques uniquement pour les recherches scientifiques exposées dans ma demande,
3. à ne pas prêter ni céder au profit d’un tiers les ressources biologiques obtenus par la MYOBANK-AFM dans un but autre que celui des poursuites des recherches telles qu’exposées dans ma demande,
4. à ne pas utiliser les ressources biologiques obtenues ou leurs dérivés dans un but lucratif,
5. à signaler à MYOBANK-AFM l'arrêt du projet de recherche afin d’organiser le retour des ressources biologiques ou leur destruction,
6. à répondre au questionnaire envoyé une fois par an par Myobank-AFM, concernant l’avancée de vos travaux, vos articles publiés et votre indice de satisfaction-qualité.
7. à informer MYOBANK-AFM de toutes les parutions effectuées grâce à l’utilisation des ressources biologiques mises à dispositions par MYOBANK-AFM
8. à citer MYOBANK-AFM de l’Institut de Myologie et les prestataires impliqués le cas échéant dans les remerciements des publications qui présentent des résultats obtenus grâce à l'utilisation des ressources biologiques mises à dispositions et/ou cédés par MYOBANK-AFM.

J'ai bien noté que MYOBANK-AFM ne pouvait garantir la sécurité sanitaire des ressources biologiques et qu'il était indispensable de suivre les règles de bonnes pratiques pour la manipulation des ressources biologiques.

Je suis informé(e) que, sauf avis contraire de ma part, mes coordonnées seront enregistrées sur un fichier informatique. Je peux exercer sur ces données, à tout moment, mes droits d’accès, de communication et de rectification, conformément aux termes de la loi du 6 janvier 1978 dans sa dernière version en vigueur, et conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) en m’adressant MYOBANK-AFM.

**Nom :**

**Date :**

**Signature :**

**DOSSIER SCIENTIFIQUE**

**Nom du responsable de la recherche :**

**Date :**

**Résumé du programme de recherche**

|  |
| --- |
|  |

**Mots-Clés**

Disciplines :

Pathologies :

Organes :

Cellules :

Molécules :

Autres :

**Liste des principales publications de l'équipe de recherche**

|  |
| --- |
|  |