

DEMANDE DE SERVICE

Biobanque institutionnelle mère-enfant

Le présent formulaire, une fois rempli, devra être acheminé par courriel à :
 Jocelyne Ayotte - **responsable de la biobanque** : jocelyne.ayotte.hsj@ssss.gouv.qc.ca

Demandeur		
Nom, prénom		
Chercheur (re), labo		
Département, institution		
Courriel		
Téléphone (et/ou #poste)		
Moyen préféré de communication	<input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone	
Détails du projet de recherche		
Nom projet de recherche (acronyme) :		
<i>Résumé et objectifs du projet de recherche :</i>		
1. Le projet a-t-il l'approbation du comité d'éthique ?	Oui <input type="checkbox"/> # Nagano : _____	Non <input type="checkbox"/>
2. Le projet est-il multicentrique ?	Oui <input type="checkbox"/> Autres sites : _____	Non <input type="checkbox"/>
3. Le projet a-t-il obtenu un financement ?	Oui <input type="checkbox"/> Budget alloué : _____ Code budgétaire : _____	Non <input type="checkbox"/>
Date estimée de début de mise en banque :		
Durée de l'étude :		
Détails sur la cohorte à l'étude et les prélèvements		
Nombre prévu de participants :		
Nombre prévu de visites / patients :		
Exemple de nomenclature des spécimens :		

Réception des échantillons			
Prélèvement	Contenant et quantité	Prélèvement	Contenant et quantité
<input type="checkbox"/> Sang complet <input type="checkbox"/> Tissus humains <input type="checkbox"/> Biopsies	<u>Tube de prélèvement :</u> <input type="checkbox"/> EDTA _____ x _____ mL <input type="checkbox"/> Héparine _____ x _____ mL <input type="checkbox"/> ACD _____ x _____ mL <input type="checkbox"/> SST _____ x _____ mL <input type="checkbox"/> PAXgene (ARN) <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Tissus fixés _____ mg <input type="checkbox"/> Bloc _____ # <input type="checkbox"/> Lames _____ # <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Liquides biologiques <input type="checkbox"/> Salive <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Lait maternel <input type="checkbox"/> Aspirations trachéales et nasopharyngées <input type="checkbox"/> Selles	<u>Tube de prélèvement :</u> <input type="checkbox"/> Oragene•DNA <input type="checkbox"/> OMNIgene•ORAL <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> OMNIgene•GUT <input type="checkbox"/> Autre : _____
Type de service requis			
Traitement des biospécimens			
<u>Isolation des composantes sanguines :</u> <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Sérum <input type="checkbox"/> Globules rouges <input type="checkbox"/> Buffy-coat <input type="checkbox"/> PBMCs <u>Comptage cellulaire des PBMCs?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<u>Tube de conservation :</u> <input type="checkbox"/> 2D 2mL (barcode) <input type="checkbox"/> 2D 0,5mL (barcode) <input type="checkbox"/> 2D 1mL (barcode)	<u>Température de stockage :</u> <input type="checkbox"/> Congélateur -30°C <input type="checkbox"/> Congélateur -80°C <input type="checkbox"/> LN ₂ -150°C
Extraction des acides nucléiques / protéines			
<u>Type d'extraction :</u> <input type="checkbox"/> ADN <input type="checkbox"/> ADN HMW (longs fragments) <input type="checkbox"/> ARN <input type="checkbox"/> Protéines		<u>Biospécimens à extraire :</u> <input type="checkbox"/> Sang complet <input type="checkbox"/> PBMCs <input type="checkbox"/> Salive (ADN) <input type="checkbox"/> Tissus/biopsie (ADN)	<u>Quantité requise (ng) :</u>
Utilisation des dérivés			
1. Désirez-vous un rapport de qualité et d'intégrité des acides nucléiques?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2. Les extractions d'acides nucléiques doivent-ils être produits en continu ou en série selon votre priorité d'extraction ?		<input type="checkbox"/> En continu	<input type="checkbox"/> En série
3. Quel est l'utilisation subséquente des échantillons ?			

À la réception du formulaire dûment rempli, vous recevrez une confirmation de réception par courriel. Tout en prenant compte de vos besoins et budget, une rencontre de consultation pourrait s'avérer nécessaire pour évaluer la faisabilité et une première soumission vous sera par la suite envoyée dans un délai maximum de 5 jours ouvrables.

N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des questions concernant le présent formulaire.