Este formulario de solicitud de muestras y/o datos es el primer paso formal para solicitar material al Biobanco IDIBGI. En él se pide información básica sobre el solicitante, las muestras y/o datos solicitados, el proyecto al que van destinadas y el tipo de experimentos previstos. ***Los campos marcados con asterisco (\*) son plenamente obligatorios.*** Una vez rellenado el formulario debe enviarse a la dirección biobanc@idibgi.org. Será imprescindible adjuntar la aprobación del proyecto de investigación por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica local.

Con toda la documentación recibida y confirmada la disponibilidad de las muestras y/o datos, el Biobanco se tramitará la solicitud al Comité de Ética y al Comité Científico Externo (según establece el Real Decreto 1716/2011). Estos valorarán la solicitud de muestras y/o datos y el proyecto de investigación y, velarán para garantizar un uso ético, legal y racional de las muestras que el Biobanco pone a disposición de la comunidad científica. Sólo se tramitarán aquellas solicitudes que tengan una valoración positiva por parte de ambos comités y del Director Científico del Biobanco. Asimismo, en aquellos casos que se necesite la valoración de la solicitud por parte del Comité Científico Interno de la Colección también será necesaria la aprobación del mismo.

Finalmente, antes o en el momento del envío de las muestras, se procederá a la firma del Acuerdo de Transferencia de Material (MTA) entre el investigador solicitante y el Biobanco.

Para cualquier duda o comentario contacte con nosotros, vía teléfono 872.98.70.87 (Ext. 19/32) o correo electrónico biobanc@idibgi.org.

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL SOLICITANTE** |

|  |
| --- |
| **INVESTIGADOR PRINCIPAL\*** |
| **Nombre y apellidos:** |       |
| **DNI:** |       |
| **Departamento:** |       |
| **Institución:** |       |
| **Dirección:** |       |
| **Localidad:** |       | **CP:**       |
| **Teléfono:** |       |
| **e-mail:** |       |

|  |
| --- |
| **2. DATOS DEL PROYECTO** |

|  |
| --- |
| **PROYECTO\*** |
| **Título del proyecto:** |       |
| **Agencia financiadora/Promotor:** |       |
| **Financiación disponible (presupuesto):** |       |
| **Referencia del proyecto:** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Resumen del proyecto:**(máximo 100 palabras) |       |
| **Objetivos específicos:**(máximo 100 palabras) |       |
| **Metodología:**En la que se justifique la necesidad de la muestra, la cantidad solicitada y cómo será utilizada.(máximo 100 palabras) |       |
| **Publicaciones:**Citar 5 trabajos relevantes publicados por el grupo de investigación en los últimos 3 años. |       |
| **Entidad financiadora del proyecto:** | [ ]  Privada:  | [ ]  Pública. Núm. proyecto:       |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS A ADJUNTAR** |
| [ ]  | Aprobación del proyecto de investigación por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica local **(obligatorio)\*** |
| [ ]  | Documento acreditativo de la financiación del proyecto (opcional) |
| [ ]  | Copia del proyecto (opcional) |

|  |
| --- |
| **3. MUESTRAS SOLICITADAS** |

**3.1. MUESTRAS DEL NODO CENTRAL**

|  |
| --- |
| **Tipo de muestra\*:** |
| [ ]  Suero  | [ ]  Orina: | [ ]  Biopsia: |
| [ ]  Sangre Total EDTA |  | [ ]  Total |  | [ ]  Tipo: |
| [ ]  Plasma EDTA |  | [ ]  Centrifugada |  |  |
| [ ]  *Buffy coat* EDTA |  | [ ]  Filtrada | [ ]  Líquido cefalorraquídeo: |
| [ ]  Eritrocitos EDTA |  | [ ]  Sedimento |  | [ ]  Centrifugado |
| [ ]  Plasma Citrato |  |  |  | [ ]  Sedimento |
| [ ]  *Buffy coat* Citrato |  |  |
| [ ]  Plasma Heparina | [ ]  Tejido adiposo: |  |
| [ ]  PBMC |  | [ ]  Visceral | [ ]  Otros (especificar): |
| [ ]  ADN |  | [ ]  Parietal |  |
| [ ]  ARN |  | [ ]  Tiroideo |   |
| [ ]  Heces |  | [ ]  Otros: |  |

**Características del material solicitado\*:**

* Número de casos i/o muestras requeridas:
* Criterios de selección (patología, edad, sexo,....):
* Comentarios adicionales necesarios per a la selección de muestras:

**3.2. MUESTRAS DEL NODO BANCO DE TUMORES / ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**Tipo de muestra y casos\*:**

* Tipo de tejido:
* Tipo de neoplasia:
* Tejido normal del mismo paciente: Si [ ]  No [ ]
* Número de casos i/o muestras requeridas:
* Características clínicas del caso/s o otras especificaciones:

|  |
| --- |
| **Características del material solicitado:** |
| [ ]  Tejido en fresco | Tamaño:        |
| [ ]  Secciones histológicas de tejido congelado en portaobjectos | Número de secciones:        Grosor:         |
| [ ]  Secciones histológicas de tejido congelado en tubo | Número de tubos:         |
| [ ]  Secciones histológicas de parafina en portaobjectos | Número de secciones:        Grosor:         |
| [ ]  Secciones histológicas de parafina en tubo | Número de tubos:         |
| [ ]  RNA de tejido congelado (alícuotas de 0,5μg) | Número de alícuotas:        |
| [ ]  DNA de tejido congelado (alícuotas de 1μg) | Número de alícuotas:        |
| [ ]  RNA de tejido parafinado (alícuotas de 0,5μg) | Número de alícuotas:        |
| [ ]  DNA de tejido parafinado (alícuotas de 1μg) | Número de alícuotas:        |
| [ ]  TMA (*Tissue Microarrays*) | Diámetro de los *cores*:        Número de réplicass por *core*:         |
| [ ]  Otras especificaciones de procesamiento de las muestras:        |

|  |
| --- |
| **4. DATOS SOLICITADOS** |

Las muestras se suministrarán con una información mínima que incluye los siguientes parámetros: sexo, edad en el momento de obtención de la muestra, grupo y colección a la que pertenece la muestra.

Cualquier otra información adicional se tendrá que solicitar a continuación y estará sujeta a la autorización expresa por parte del Comité de Ética de la Investigación.

|  |  |
| --- | --- |
| **Información adicional\*:** |       |
| **Justificación de la necesidad de esta información adicional:** |       |

|  |
| --- |
| **5. ACUERDO DE CESIÓN DE MUESTRAS Y/O DATOS ASOCIADOS**  |

El uso de estas muestras por parte del receptor se ajustará a lo previsto por la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, quedando **expresamente obligado** el receptor a cumplir con las obligaciones recogidas en el Acuerdo de Transferencia de Material que se firmará entre el investigador solicitante y el Biobanco.

Así, el RECEPTOR se compromete a las siguientes obligaciones:

1. Utilizar el MATERIAL suministrado exclusivamente para la ejecución del PROYECTO presentado y previamente evaluado por su Comité Ético correspondiente. En caso de que se produzca un cambio sustancial en el desarrollo del PROYECTO que afecte el uso del MATERIAL, el RECEPTOR deberá comunicarlo al BIOBANCO, y éste decidirá de forma expresa sobre la autorización de nuevo uso del MATERIAL.
2. Custodiar y garantizar la trazabilidad de las muestras.
3. No ceder el MATERIAL a terceros, investigadores y/o instituciones, no contemplados en el PROYECTO inicial.
4. Garantizar en todo momento la confidencialidad de las muestras y datos.
5. Asumir la responsabilidad respecto a la manipulación adecuada y segura del MATERIAL bajo las condiciones de bioseguridad apropiadas por parte del personal capacitado en el laboratorio para garantizar una contención adecuada del riesgo. El MATERIAL transferido puede contener virus, genomas virales latentes y otros agentes infecciosos.
6. Si en el curso de la investigación se obtuviera algún hallazgo relevante para la salud del sujeto donante o de sus familiares, se informará al BIOBANCO garantizando el acceso a los datos correspondientes.
7. Mencionar la procedencia del MATERIAL en todas las comunicaciones y publicaciones científicas que se derivan de la investigación con las correspondientes muestras y/o datos, con las siguientes fórmulas conjuntamente:

En Materiales y Métodos:

* **MUESTRAS NODO CENTRAL:**“*Samples and data from patients included in this study were provided by the IDIBGI Biobank (Biobanc IDIBGI, B.0000872), integrated in the Spanish National Biobanks Network and they were processed following standard operating procedures with the appropriate approval of the Ethics and Scientific Committees*”.
* **MUESTRAS NODO BANCO DE TUMORES:** *Samples and data from patients included in this study were provided by the IDIBGI Biobank (Biobanc IDIBGI, B.0000872), integrated in the Spanish National Biobanks Network and in the Xarxa de Bancs de Tumors de Catalunya (XBTC) financed by the Pla Director d’Oncologia de Catalunya, and they were processed following standard operating procedures with the appropriate approval of the Ethics and Scientific Committees*”.
* **MUESTRAS FATBANK:** “*Samples and data from patients included in this study were provided by the FATBANK platform promoted by the CIBERobn and coordinated by the IDIBGI Biobank (Biobanc IDIBGI, B.0000872), integrated in the Spanish National Biobanks Network and they were processed following standard operating procedures with the appropriate approval of the Ethics, External Scientific and FATBANK Internal Scientific Committees*”.

En Agradecimientos:

* + - **MUESTRAS NODO CENTRAL:**“*We want to particularly acknowledge the patients and the IDIBGI Biobank (Biobanc IDIBGI, B.0000872), integrated in the Spanish National Biobanks Network, for their collaboration*”.
		- **MUESTRAS NODO BANCO DE TUMORES:** *“We want to particularly acknowledge the patients and the IDIBGI Biobank (Biobanc IDIBGI, B.0000872), integrated in the Spanish National Biobanks Network and in the Xarxa de Bancs de Tumors de Catalunya (XBTC) financed by the Pla Director d’Oncologia de Catalunya, for their collaboration*”.
		- **MUESTRAS FATBANK:** “*We want to particularly acknowledge the patients, the FATBANK platform promoted by the CIBERobn and the IDIBGI Biobank (Biobanc IDIBGI, B.0000872), integrated in the Spanish National Biobanks Network, for their collaboration and coordination”.*

**[ ]  Marcando esta casilla el solicitante se compromete a respectar totes las normas de uso de las muestras proporcionadas y firmar posteriormente el Acuerdo de Transferencia de Material.**

|  |
| --- |
| **6. DATOS DE ENVÍO Y DE FACTURACIÓN** |

|  |
| --- |
| **DATOS DE ENVÍO\*** |
| **Nombre y apellidos:** |       |
| **DNI:** |       |
| **Departamento:** |       |
| **Institución:** |       |
| **Dirección:** |       |
| **Localidad:** |       | **CP:**       |
| **Teléfono:** |       |
| **e-mail:** |       |

|  |
| --- |
| **DATOS DE FACTURACIÓN\*** |
| **Investigador principal:** |       |
| **Representante legal de la institución:** |       |
| **Institución:** |       |
| **Dirección:** |       |
| **Localidad:** |       | **CP:**       |
| **NIF:** |       |
| **Proyecto de facturación** |       |

|  |
| --- |
| **7. CONFORMIDAD** |

|  |
| --- |
| **COMENTARIOS:**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigador principal:**       | **Firma:** |
| **Fecha:**       |