|  |
| --- |
| **A rellenar por el Biobanco IdiPAZ** |
| **Referencia de la solicitud (Interna/Externa)** |  |
| **Fecha de entrada** |  |

**Los datos marcados con asterisco son obligatorios.**

**Una vez rellenado el formulario y firmado digitalmente enviar por correo electrónico a:** **biobanco.hulp@salud.madrid.org****, adjuntando los documentos indicados en el punto 6 de la presente solicitud de muestras.**

**Cualquier duda, puede ponerse en contacto con nosotros en el teléfono 912071191.**

1.-DATOS DEL SOLICITANTE

**Nombre y Apellidos\*:**

**Departamento/Unidad\*:**

**Institución\*:**

**Dirección postal\*:**

**Teléfono y correo electrónico\*:**

2.- DATOS DEL PROYECTO

**Título del proyecto\*:**

**Agencia financiadora/Promotor\*:**

**Referencia del proyecto\*:**

**Fecha de inicio/finalización proyecto (DD/MM/AAAA)\*:**

RESUMEN (máx. 500 palabras)\*

OBJETIVOS ESPECÍFICOS (max 100 palabras)\*

FINANCIACIÓN DISPONIBLE PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO (presupuesto y fuentes de financiación)\*

CITAR 3 TRABAJOS RELEVANTES PUBLICADOS POR EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN (últimos 3 años)\*

3.- SOLICITUD DE CESIÓN DE MUESTRAS. MATERIAL SOLICITADO

**3.1.- MUESTRAS DEL NODO BANCO DE TUMORES**

**Tipo de tejido (localización anatómica)\*:**

**Tipo de neoplasia\*:**

**Características de la neoplasia:**

 **Grado:**

 **Estadio:**

 **Otros:**

**Tejido normal del mismo paciente\*: No [ ]  Sí [ ]  (fijado [ ]  congelado [ ] ).**

**Validez de tejido procedente de estudio postmortem \*: Sí [ ]  No [ ]**

**Número total de casos requeridos\*:**

**Indique la necesidad de datos clínicos asociados: Sí [ ]  No [ ]**

**Características del material solicitado:**

**Tipo de muestras solicitadas\*: congeladas [ ]  incluidas en parafina [ ]  Otras [ ]**

**Formato de las muestras solicitadas\*:**

 **[ ]  cortes histológicos parafina (porta): número: espesor (µ):**

 **[ ]  cortes histológicos parafina (eppendorf): número: espesor (µ):**

 **[ ]  cortes histológicos congeladas (porta): número: espesor (µ):**

 **[ ]  cortes histológicos congeladas (eppendorf): número: espesor (µ):**

 **[ ]  bloque parafina para Tissue Microarray u otras técnicas(a devolver una vez realizada la técnica)**

 **[ ]  bloque parafina para diagnóstico o control de técnicas o (a devolver si no se agota)**

 **[ ]  ADN extraído desde parafina/congelado [ ]  ADN extraído desde sangre**

 **[ ]  ARN extraído desde parafina/congelado [ ]  ARN extraído desde sangre**

 **[ ]  Bloque o criotubo tejido congelado completo (a devolver si no se agota)**

 **[ ]  Alícuota de suero congelado [ ]  Alícuota de plasma congelado**

**\*Listado específico de muestras: Indique el código de muestra(s) del biobanco (si se conoce):**

Añada cuantas filas sean necesarias

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código muestra** | **Tipo muestra** | **Formato muestra** | **Conservación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3.2.- MUESTRAS DE OTROS NODOS DEL BIOBANCO IdiPAZ**

**Indique el nodo del biobanco IdiPAZ del que requiere las muestras (si se conoce):**

**Tipo de muestras\*:**

**Criterios de selección (patología, edad, sexo, etc…)\*:**

**Indique el código de muestra(s) del biobanco (si se conoce):**

**Número total de casos requeridos\*:**

**Observaciones o comentarios adicionales necesarios para la selección de las muestras:**

4.- Únicamente SOLICITUD DE CUSTODIA DE MUESTRAS POR PARTE DEL BIOBANCO IdiPAZ

Si lo que necesita del Biobanco no es que se le cedan muestras sino que se le custodien durante un tiempo determinado o más concretamente, durante la realización de un proyecto de investigación, se le pide que indique el tipo de muestras a custodiar, temperatura adecuada de conservación y formato en el que recibiremos las muestras.

**Tipo de muestra:**

**Conservación:**

**Notas adicionales:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código muestra****Biobanco** | **NHC****(investigadores internos)** | **Tipo muestra** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**\*Añada las columnas necesarias hasta completar el total de muestras. Una vez aceptada la solicitud de custodia, se le indicará el código de sus muestras en el biobanco, y si es necesario se le entregarán las pegatinas correspondientes.**

5.- INFORMACIÓN PARA EL USO DE LAS MUESTRAS

Las muestras almacenadas en el Biobanco IdiPAZ son cedidas a título **gratuito** a terceros que las requieran con finalidades de investigación biomédica. Sólo se hacen repercutir los gastos de obtención, mantenimiento, procesamiento y envío.

**El solicitante se comprometerá:**

El uso de estas muestras por parte del receptor se debe ajustar a lo previsto por la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica y al RD de biobancos 1716/2011, quedando **expresamente obligado** el receptor a cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Pago de los gastos anteriormente citados, mediante factura dirigida a la fundación para la investigación biomédica del Hospital Universitario La Paz.
2. Utilizar el material proporcionado por el Biobanco en las condiciones de bioseguridad establecidas por la legislación vigente, especialmente en lo que se refiere a su transporte, a la destrucción de excedentes y de residuos que hayan estado en contacto directo con las muestras.
3. Utilizar las muestras cedidas por el Biobanco IdiPAZ exclusivamente para este proyecto y únicamente para las finalidades que han sido cedidas (LIB 14/2007, y RD 1716/2011), por lo que no podrá ceder estas muestras a otros investigadores.
4. Informar sobre cualquier posible incidencia que afecte al uso de las muestras.
5. Custodiar las muestras cedidas, y garantizar la trazabilidad de las mismas.
6. Garantizar en todo momento la confidencialidad de las muestras y de sus datos asociados.
7. Garantizar la disponibilidad de la información genética que, en su caso, se obtenga de las muestras.
8. Compromiso de destruir o devolver los excedentes del material cedido una vez finalizado el proyecto o lograda la finalidad para la que han sido cedidas. Excepcionalmente si hubiera un nuevo proyecto donde pudieran utilizarse, estas no podrán usarse sin previa solicitud al Biobanco IdiPAZ y aprobación de uso por el mismo.
9. Informar al Biobanco IdiPAZ de los resultados de la investigación realizada con las muestras cedidas. Citar la procedencia de las muestras cedidas en todos los trabajos en lo que se difundan los resultados obtenidos de dicha investigación (ver frase en Política de Autorías del Biobanco IdiPAZ).
10. Comunicar al Biobanco IdiPAZ cualquier incidencia que por su relevancia pueda afectar a la conservación, trazabilidad o confidencialidad de las muestras.
11. Enviar en el plazo máximo de 2 años, desde la recepción de las muestras, una memoria de la investigación realizada, así como de todos los artículos científicos publicados a raíz de la misma.

Las muestras se envían codificadas (reversiblemente disociadas) y en condiciones óptimas para su utilización, de acuerdo con los estándares de calidad del Biobanco IdiPAZ, sin que este hecho implique una garantía de que la investigación alcance los resultados previstos. Las muestras cedidas tienen una naturaleza experimental y, como tal, pueden tener características no determinadas previamente, de las cuales el Biobanco IdiPAZ no se puede responsabilizar.

En caso que el centro receptor incumpla alguna de las obligaciones establecidas en este documento, se informará al Comité Científico del Biobanco IdiPAZ para el desarrollo de las acciones pertinentes.

6.- DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA SOLICITUD

**[ ]  Informe del Comité Ético de la institución solicitante**

**[ ]  Documentación acreditativa de la financiación del proyecto.**

**[ ]  Documento de cesión de muestras del Biobanco de origen. Si proceden de este mismo hospital, sus CIs.**

7.- DATOS PARA EL ENVÍO DE MUESTRAS

**Nombre y Apellidos\*:**

**Departamento/Unidad\*:**

**Institución\*:**

**Dirección postal\*:**

**Teléfono y correo electrónico\*:**

8.- DATOS DE FACTURACIÓN

**Responsable\*:**

**Proyecto para facturación\*:**

**Entidad\*:**

**NIF\*:**

**Titular de la cuenta:**

**Número de cuenta:**

**Entidad bancaria:**

**Dirección bancaria:**

**Dirección postal\*:**

**Madrid,** **de** **de 20**

**Investigador Solicitante……………………………..**