anrs MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES Inserm	**SOUMISSION DE PROJET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE SUR COLLECTION BIOLOGIQUE EXISTANTE**

TITRE	
MOT(S) CLÉ(S)	
SOUMISSION	☐ **Soumission initiale** ☐ **Nouvelle soumission,** **Préciser la date de la soumission initiale**
PORTEUR DU PROJET	**NOM :** **Prénom :** **Fonction :** **Adresse :** **Pays :** **Téléphone :** **Courriel:** **Affiliation administrative** **Unité/Service :** **Lien(s) d'intérêt :**
RESPONSABLE ADMINISTRATIF	**NOM :** **Prénom :** **Fonction :** **Adresse :**

	Pays : **Téléphone :** **Courriel:** **Affiliation administrative** **Unité/Service :** **Lien(s) d'intérêt :**
LABORATOIRES ASSOCIÉS **LABORATOIRE N°1**	**Intitulé :** **NOM :** **Prénom :** **Adresse :** **Pays :** **Téléphone :** **Courriel:**
LABORATOIRE N°2	**Intitulé :** **NOM :** **Prénom :** **Adresse :** **Pays :** **Téléphone :** **Courriel:**

anrs MALADIES INFECTIEUSES ÉMERGENTES Inserm	**SOUMISSION DE PROJET DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE SUR COLLECTION BIOLOGIQUE EXISTANTE**

LABORATOIRE N°3	**Intitulé :** **NOM :** **Prénom :** **Adresse :** **Pays :** **Téléphone :** **Courriel:**
RATIONNEL DU PROJET	

RÉSUMÉ	
OBJECTIF(S) :	**Objectif(s) principal(aux):** **Objectif(s) secondaire(s) :**
CRITÈRE(S) D'ÉVALUATION ET/OU DE RÉPONSE	**Critère(s) d'évaluation principal(aux):** **Critère(s) d'évaluation secondaire(s):**

MÉTHODOLOGIE	
NOMBRE DE SUJETS	
CRITÈRE(S) PRINCIPAL(AUX) DE PARTICIPATION	**Critère(s) d'inclusion :** **Critère(s) de non-inclusion :** **Critère(s) d'exclusion :**
CALENDRIER PRÉVISIONNEL *(INSERTION POSSIBLE D'IMAGE)*	
DURÉE TOTALE	
COHORTE(S) D'INTÉRÊT	
DONNÉES	**Type de données nécessaires pour ce projet :**

	Transfert de données vers l'étranger ? ☐ **NON** ☐ **OUI, préciser les données :** ☐ **Données de la Cohorte** ☐ **Données brutes** ☐ **Données issues de l'analyse des échantillons** **Intitulé du laboratoire expéditeur :** **<u>Préciser les coordonnées du destinataire :</u>** **NOM :** **Prénom :** **Nom de l'entreprise, le cas échéant :** **Adresse :** **Pays :** **Téléphone :** **Courriel :** *Si d'autres destinataires sont impliqués, merci d'indiquer leurs coordonnées completes ci-après*
ECHANTILLON(S) BIOLOGIQUE(S)	**Préciser le type d'échantillon et le volume/quantité nécessaire :**

	Analyses génétiques prévues sur ces échantillons ? ☐ **NON** ☐ **OUI, préciser le type d'analyse** **Transfert d'échantillons vers l'étranger ?** ☐ **NON** ☐ **OUI, préciser les échantillons :** ☐ **Echantillons de la collection biologique de la Cohorte** ☐ **Matériel extrait des échantillons** **Intitulé du laboratoire expéditeur :** **<u>Préciser les coordonnées du destinataire :</u>** **NOM :** **Prénom :** **Nom de l'entreprise, le cas échéant :** **Adresse :** **Pays :** **Téléphone :** **Courriel:** *Si d'autres destinataires sont impliqués, merci d'indiquer leurs coordonnées complètes ci-après*
FINANCEMENT	**Budget total prévisionnel (personnel, fonctionnement, équipement) :**

	Avez-vous déjà un financement ? ☐ **NON** **Préciser le financement envisagé :** ☐ **OUI,** **Préciser le montant et l'origine du financement :**

Commentaire(s) et/ou précision(s) :

Signature du Porteur du projet :