**FUNDACIÓN INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE NAVARRA** Recinto del Complejo Hospitalario de Navarra\_Calle Irunlarrea 3\_Pamplona 31008

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Plataforma** | **BIOBANCO** | |
| **Ubicación** | **Centro de Investigación Médica Aplicada**  Laboratorio B.06  Avda. Pío XII 55, Edificio CIMA,  31008 Pamplona (Navarra) | **Navarrabiomed**  Planta 2  Recinto de Complejo Hospitalario de Navarra. Edificio CIB. C/ Irunlarrea 3.  31008 Pamplona (Navarra) |
| **Contacto** | **Dª. Mª Antonia Fortuño**  948.194.700, Ext. 5035  [**fortuto@unav.es**](mailto:fortuto@unav.es)  [**biobanco@unav.es**](mailto:biobanco@unav.es)*(se ruega prioricen el contacto a través de esta cuenta)* | **Dª. Isabel Gil Aldea**  848.422.673  [**isabel.gil.aldea@navarra.es**](mailto:isabel.gil.aldea@navarra.es)  [**biobanco.navarrabiomed@navarra.es**](mailto:biobanco.navarrabiomed@navarra.es)*(se ruega prioricen el contacto a través de esta cuenta)* |

**Instrucciones:**

El solicitante deberá cumplimentar el presente formulario, y enviarlo a la dirección de contacto indicada en la parte superior del presente documento.

1. Datos del solicitante

Nombre y Apellidos: Teléfono: email:

Entidad: Departamento/Servicio:

Calle

Población: CP: Provincia: País:

1. Datos de facturación

Entidad

CIF

Departamento/Persona de contacto

Calle

Población CP Provincia País

Proyecto/referencia/partida de gasto

1. Datos de envío de factura (en caso de que no coincida con la dirección de facturación)

Entidad

Departamento/Persona de contacto

Calle

Población CP Provincia País

**El solicitante declara que pertenece a IDISNA: SI – NO (táchese lo que no proceda)**

**Fecha de solicitud**

**Firma**

A rellenar por la plataforma

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº Registro** |  |
| **Fecha recepción** |  |
| **Presupuesto** |  |
| **Importe** |  |

**ANEXO**

**SOLICITUD DE MUESTRAS: SI  NO**

**SOLICITUD DE OTROS SERVICIOS SI  NO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Servicio solicitado** | **Características del servicio** |
|  |  |

**EN CASO DE SOLICITUD DE MUESTRAS, DEBE ADJUNTAR A ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD:**

1. Memoria del proyecto de investigación
2. Informe favorable del Comité de Ética (del Centro donde se realice el proyecto de investigación)

3 CV del investigador principal

**Título del proyecto de investigación**:

**Nombre y Apellidos del Investigador Principal (si es distinto al solicitante):**

Adjunta financiación: **SI**  **NO** Organismo:

Otros datos que desee hacer constar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SUJETOS**

**Número de casos**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios de inclusión** | **Criterios de exclusión** |
|  |  |

**Número de controles**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Criterios de inclusión** | **Criterios de exclusión** |
|  |  |

**DATOS ASOCIADOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datos** | **Justificación** |
|  |  |

**MUESTRAS Y DERIVADOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Suero | | Volumen: | |
| Plasma | | Volumen: | |
| Sangre congelada | | Volumen: | |
| Células Mononucleares de sangre | | Número: | |
| LCR | | Volumen: | |
| Orina | | Volumen: | |
| Biopsias/fragmentados congelados | | Tejido: | |
| DNA g | | Volumen: | Concentración: |
| **Tejido Congelado en bloque**  Origen/Órgano: | | **Tejido fijado en bloque**  Origen/Órgano: |  |
| *Neoplasias*  T. Tumoral (nº cortes)  T. No tumoral (nº cortes) | Cortes  (µm)  Cortes  (µm) | *Neoplasias*  T. Tumoral  T. No tumoral | Cortes  (µm)  Cortes  (µm) |
| *No neoplasias* | Cortes  (µm) | *No neoplasias* | Cortes (µm) |
| ESPECIFICACIONES: | | OTRAS MUESTRAS: | |

De acuerdo con el Art. 69 de la Ley de Investigación Biomédica 14/2007 y con el Art. 34 del Real Decreto 1716/2011 que regulan la cesión de muestras humanas para investigación, al envío esta solicitud **el investigador acepta los siguientes compromisos**.

* Las muestras solicitadas se utilizarán exclusivamente para los objetivos que ha detallado, nunca para otros. El excedente de material si lo hubiera se destruirá al finalizar el proyecto.
* Las muestras no se cederán nunca a otros grupos o investigadores.
* La trazabilidad de las muestras que reciba debe mantenerse hasta su destrucción,
* Si las muestras no están anonimizadas el investigador garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos asociados a las mismas. No se transferirán a terceros.
* Informar al Biobanco de los resultados de la investigación, garantizando la disponibilidad de la información genética validada y relevante para la salud, que, en su caso, se pueda obtener del análisis de las muestras.
* El Biobanco aparecerá como proveedor de las muestras biológicas y/o datos y/o imágenes en cualquier comunicación o publicación derivada de la investigación, al menos en los apartados de Material y Métodos y en Agradecimientos. Se remitirá una copia de la misma al biobanco.
* Enviar en el término de un año, una memoria de la investigación realizada, así como una copia de los abstracts o artículos científicos que puedan derivarse de la investigación con las muestras del Biobanco.

El solicitante se hará cargo de los gastos derivados del envío de las muestras.

**Fecha**

**Firma**

**DATOS ENTREGA**

(a cumplimentar por la Plataforma en el momento de la entrega)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Retirado por:** | Nombre y Apellidos: |  |
| Firma: | Email: |  |
| Tfno contacto |  |
| Lab/Dpto. |  |
|  | | |
| **Entregado por:** | Nombre y Apellidos: |  |
|  | Fecha: |  |
| **Observaciones:** |  | |