|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FICHE DE DEMANDE DE PRESTATION** | |  |
| **Plateforme Cytométrie I2MC-Rangueil** | | |
| **Référent PT :** | **Date:** | |
| Avenant : | Date: | |
| Avenant : | Date: | |

|  |
| --- |
| **DEMANDEUR** |

|  |
| --- |
| Mr, Mme NOM**:** Prénom :  Statut  stagiaire  M2R  doctorant  postdoctorant  ITA  chercheur  Autres :  Téléphone: Fax:  E-mail:  ***Nom du Responsable du Laboratoire :***  Adresse de facturation :    Coordonnées de votre gestionnaire (Nom, Tel, e-mail) : |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRESTATION** | | | | | | |
| **Nature du projet** | | | | | | |
| Indiquer en quelques lignes la **nature de votre projet** : | | | | | | |
| **Étude de faisabilité** *(à remplir par les responsables du Plateau de Cytométrie)* | | | | | | |
| Étude de faisabilité | oui | | non | | | |
| Critères de validation | contrôles internes | | répétabilité | | | |
| Critères de clôture | nb d’expériences prévues : | | Et/ou  durée de réalisation prévue : | | | |
| Référence fiche suivi ou cahier labo : | | | | | | |
| Bilan avec le demandeur :  3mois  6mois  1an  autre : | | | | | | |
| **Mise en autonomie** *(à remplir par les responsables du Plateau de Cytométrie)* | | | | | | |
| Acquisition des données | | FAcsVerse | | LSRFortessa |  |  |
| Analyse des données | | Logiciel : | | | | |
| **Réalisation – Expertise** *(à remplir par les responsables du Plateau de Cytométrie)* | | | | | | |
| Préparation des échantillons | | par la plateforme  avec l’aide de la plateforme | | | | |
| Acquisition des données | | par la plateforme Bilan :  3mois  6mois  1an  autre : | | | | |
| avec l’aide de la plateforme | | | | |
| Tri cellulaire | | par la plateforme | | | | |
| Analyse des données | | par la plateforme, Logiciel :  Bilan :  3mois  6mois  1an  autre : | | | | |
| avec l’aide de la Plateforme | | | | |

|  |
| --- |
| **ECHANTILLONS** |
| Nature :  Humain  Animal  Végétal  Autres (bactéries, …) précisez :  Nécessite un confinement >1  non  oui  Provient-il d’un OGM :  non  oui, de quelle classe ? N° déclaration OGM :  Echantillon infecté ?  non  oui, quel agent infectieux ? :  Conservation :  non (déchets chimiques/biologiques)  oui, modalité :  Elimination :  non (modalité de rendu) :  oui (selon les règles H&S en vigueur dans chaque  établissement pour l’élimination des déchets)  J’ai pris connaissance des **conditions de préparation des échantillons pour l’acquisition aux cytomètres :**  non  oui  J’ai pris connaissance des **conditions de préparation des échantillons pour le tri cellulaire :**  non  oui |

Les données sont sous la responsabilité des utilisateurs. Sur les postes d’acquisition et d’analyse, la confidentialité et la protection des données ne sont pas assurées; charge à l’utilisateur de les transférer des postes d’acquisition vers les postes d’analyse, puis vers tout support personnel (serveur d’équipe/disque dur externe/clefs USB…) et de les supprimer à la fin de chaque séance si nécessaire. La sauvegarde sur les postes d’acquisition et d’analyse est temporaire. Les données doivent être récupérées depuis les postes d’analyse par les utilisateurs sous peine d'être effacées lors des suppressions périodiques hebdomadaires ou mensuelles réalisées par les responsables.

**Signatures :**

Demandeur : Responsable de l’utilisateur \* : Référent PT :

Le signataire de la présente demande de prestation s’engage à avoir pris connaissance du contrat d’utilisation de la Plate-Forme TRI et du règlement intérieur du plateau technique utilisé et s’engage à les respecter. Le responsable de l'utilisateur assure par sa signature que celui-ci connait et applique les règles H&S en usage dans ce laboratoire.

\* La signature du responsable vaut pour **engagement de paiement** des prestations