



Demande de prestation pour une thèse

RB-9-DE-019

Version : 2

Applicable le : 12-07-2023



Document à remplir par le demandeur et à transmettre au contact de référence au sein du CRB du CHU de Montpellier ou à CRB@chu-montpellier.fr

Ce dossier sera transmis au Conseil Scientifique du CRB pour approbation.

Tous les éléments du dossier seront traités par le CHU de manière strictement confidentielle

Date de la demande (JJ/MM/AAAA) :

Cadre réservé au CRB

Demande reçue le :

Responsable de la thématique CRB :

Tél. :

E-mail :

Demandeur de la prestation (à compléter par le thésard)

Nom, Prénom :

Fonction/Qualification :

Etablissement :

Service :

Adresse :

Tél. :

E-mail :

Responsable du thésard

Nom, Prénom du Représentant légal de l'établissement :

Fonction :

Etablissement/Société :

Adresse :

Tél. :

E-mail :

DESCRIPTIF DE LA PRESTATION SOUHAITEE

Type de prestation :

☐ Stockage de collection :

Titre de la collection :

Justification de la collection : ☐ Recherche ☐ Sanitaire

Nature de la collection (pathologie, organe(s), ...) :

Nature des échantillons (type, volume, stockage primaire, ...) :

Conditions de stockage souhaitées : ☐ à -80°C (+/-10°C) ☐ à -20°C (+/- 5°C) ☐ en azote liquide

Durée de conservation :



Nombre et type d'échantillons total envisagé :

.....
.....
.....

Modalités d'utilisation ultérieure (déstockage : fréquence ; volume ; conditions de transport ;
destinataire(s) ; besoin de démarches d'export ; ...) :

.....

Embargo et/ou opposition ciblée : ☐ Oui (compléter le document RB-9-DE-015) ☐ Non

Partenaires éventuels (Nom et coordonnées) :

.....

☐ Analyse d'échantillons (IHC, fractionnement, ...)

☐ Autres (à préciser) :

.....

Thématique CRB réalisant la prestation :

.....

Description de la prestation demandée (détaillée) :

.....
.....

- Obligations/livrables du CHU :

.....
.....

- Obligations/livrables du Demandeur :

.....
.....

Nature des échantillons biologiques (EB) reçus permettant la réalisation de la prestation :
(Type, volume, stockage primaire, ...) :

.....
.....

Description des risques biologiques (HIV, hépatites, ...), risques chimiques (des produits avec lesquels les
EB et/ou le matériel sont traités avant d'arriver au CRB), etc. liés aux EB :

.....
.....

Conditions de stockage initiales :

.....



Lieu de stockage initial :

Données associée aux échantillons :

- Formulaires d'information / non opposition, ou consentements (obligatoires) ☐
- Documentation scientifique ☐
- Données patients ☐
- Le cas échéant, données réglementaires spécifiques ☐
- Autres éléments (préciser) : ☐

Durée du projet envisagée pour la prestation demandée :

Conditions de stockage éventuel des EB après réalisation de la prestation :

Partenaires éventuels (Nom et coordonnées) :

Le matériel biologique a-t-il fait l'objet d'une déclaration au ministère ou à un CPP et a-t-il reçu une autorisation de cession ? Merci de spécifier les identifiants correspondants.

Déclaration de conservation : ☐ Non ☐ Oui : (numéro « DC » ou « ID-RCB »)

Autorisation de cession : ☐ Non ☐ Oui : AC-

* Etudes/projets associés à la collection (Intitulé(s) et résumé(s) - Joindre le(s) programme(s) de recherche) :

Rappel : Les projets de recherche tels que les thèses doivent être soumis à un Comité d'Ethique par son responsable avant toute réalisation. La référence attribuée par le Comité d'éthique vous sera demandée pour toute publication ultérieure.

GESTION DES DONNEES DU DEMANDEUR

En remplissant le formulaire de demande et tous autres documents du CRB, vous consentez à nous délivrer des données à caractère personnel. Vous autorisez le CHU à tracer et conserver, dans la limite de la durée de conservation des contrats, toutes les données dites « partenaire » (nom, prénom, société,



coordonnées postales et téléphoniques, mails, ...) dans sa base de données/logiciel ainsi que tous les documents utilisés par le CRB pour la gestion des demandes et des contrats.

Les données collectées sont à usage interne, elles ne sont ni communiquées, ni cédées à des tiers. Vous pouvez exercer un droit de rectification ou d'opposition en contactant le CRB par mail crb-dri@chu-montpellier.fr.

Le demandeur

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature pour Accord :



AVIS DU RESPONSABLE DE LA THEMATIQUE (cadre réservé CRB)

☐ Validation de la demande

☐ Refus de la demande. Indiquer les motifs de refus.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le Responsable de la thématique CRB

Nom, Prénom :

Date :

Signature :

AVIS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE (cadre réservé au CRB)

☐ Acceptation

☐ Refus. Se référer au courrier joint

☐ Acceptation sous réserve. Les réserves suivantes ont été émises :

Le Président du CS (ou son suppléant)

Nom, Prénom :

Date :

Signature :