**Demande de ressources biologiques humaines**

**(*hors projets à promotion externe = mise à disposition d’échantillons et de données associées dans le cadre d’un projet de recherche validé par un CPP et pour lequel le CHU est centre associé*)**

*Merci de retourner ce formulaire complété et signé à votre contact CRB et à la Direction de la Recherche et Innovation à l’adresse mail* [*crb-dri@chu-montpellier.fr*](mailto:crb-dri@chu-montpellier.fr)

|  |
| --- |
| ***PARTIE 1***  ***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L’UTILISATEUR***  ***A compléter par l’utilisateur*** |

## Informations sur l’utilisateur

**Nom, Prénom, Fonction** :

**Établissement** :

**Statut de l’Etablissement** *(société, établissement de santé, fondation…)* :

**E-mail et téléphone** :

**Si votre établissement dépend d’une tutelle**, *merci d’indiquer l’adresse de celle-ci* :

**Adresse de facturation si différente** :

## Informations sur le projet de recherche

**Titre** **et acronyme** *(acronyme si existant)* :

**Finalité** (1 ligne) :

**Résumé** (max. 20 lignes) :

**Durée** (*merci d’indiquer la date de début et la date de fin prévisionnelle*) :

**Lieu où sera réalisé le projet** : ☐ sur l’établissement ☐ sur un autre site (*merci d’indiquer le nom et l’adresse)*

**Les échantillons sont-ils envoyés à l’étranger ?** ☐ oui ☐ non

## Collaboration et valorisation

**Partage de PI (brevet…) :** ☐ oui ☐ non

**Partage de résultats :** ☐ oui ☐ non

**Co-auteur CHU dans les publications :** ☐ oui ☐ non

**Autre(s) modalité(s) de reconnaissance :** ☐ oui ☐ non - *Si oui, merci de préciser ces modalités*

|  |
| --- |
| ***PARTIE 2***  ***RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESSOURCES BIOLOGIQUES***  ***A compléter par l’utilisateur*** |

**Nom de la collection** (***si applicable*** *– à compléter par la thématique CRB*) :

**Echantillons demandés**

**Pathologie(s) concernée(s) :**

**Nombre d’échantillon(s) souhaité(s) :**

**Sexe :** ☐ masculin ☐ féminin | **Patients :** ☐ majeur ☐ mineur | **Age** :

**Critères d’exclusion :**

**Date de mise à disposition souhaitée *:***

**Type d’échantillons souhaités** 🔾 frais 🔾 congelés 🔾 paraffine

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type d'échantillons | Cochez | Quantité par patient | Matrice ou condition spécifique | Volume/poids/ nombre de cellules par ampoule |
| Sang total |  |  | 🔾 EDTA  🔾 Hépariné  🔾 sec |  |
| Plasma |  |  |  |  |
| Sérum |  |  |  |  |
| ADN |  |  |  |  |
| ARN |  |  |  |  |
| Tissu | ☐ Tumoraux  ☐ non tumoraux |  | 🔾 Bloc  🔾 TMA  🔾 Lames  \* blanche  \* HE  \* immuno  \* TMA  \* colorée |  |
| LCR |  |  |  |  |
| Urines |  |  |  |  |
| Ilots pancréatiques |  |  |  |  |
| Unité de sang placentaire |  |  |  |  |
| Lignées cellulaires |  |  | Préciser le type de lignées (iPCs, CTC…) |  |
| Cellules |  |  | 🔾 sanguines en DMSO  🔾 moëlle en DMSO  🔾 non tumorales de moëlle  🔾 culots secs |  |
| Salive |  |  |  |  |
| PBMCs |  |  |  |  |
| Autres à préciser : |  |  |  |  |

**Analyse des caractéristiques génétiques par l’utilisateur à partir des échantillons :** ☐ oui ☐ non Si oui : ☐ analyse somatique ☐ analyse constitutionnelle

**Réalisation d’analyses par des sous-traitants ?** ☐ oui ☐ non

*Si oui, préciser le type d’analyses réalisées et le nom et adresse du sous-traitant* :

**Souhaitez-vous les échantillons et données associées avec :** ☐ consentement éclairé ☐ non opposition

**Devenir des échantillons :**

☐ utilisation complète

☐ destruction des reliquats par l’utilisateur *=> fournir un justificatif au CRB*

☐ renvoi des reliquats au CRB

**Données associées demandées**

☐ Aucune donnée

☐ Données minimales (âge, sexe, date de prélèvement) *[le contenu du minimum data set varie en fonction du type d’échantillon demandé]*

☐ CR anatomopathologique anonymisé

☐ Autre(s), préciser :

Justification de la demande de données associées :

**Modalités de transport**

**Conditions d’expédition :** ☐ Ambiant ☐ Glace ☐ Carboglace

**Acheminement :** ☐ Remis en main propre ☐ Prestataire (nom si connu) :

*DONNEE*

**Estimation financière *(à remplir par la thématique CRB)****S ASSOCIEES DEMANDEE*

|  |
| --- |
| *(double-cliquer dans le tableau, un tableau Excel apparaîtra vous permettant de faire les calculs automatiquement)* |

**Respect de la MR004 (si applicable)**

Merci de nous indiquer les informations à afficher sur notre site :

Titre du projet :

Finalité du projet :

Date de début du projet et date de fin prévisionnelle :

|  |
| --- |
| ***PARTIE 3***  ***ENGAGEMENT DE L’UTILISATEUR*** |

En signant ce formulaire, l’utilisateur s’engage à respecter la réglementation en vigueur concernant l’utilisation des échantillons biologiques humains et des données associées, et à utiliser les ressources uniquement dans le cadre du projet mentionné ci-dessus. Il s’engage également à ne pas céder/transférer à un tiers les ressources biologiques fournies.

L’utilisateur s’engage à citer et à remercier le CRB dans les publications. Il s’engage à respecter les termes du contrat de cession qui sera signé entre les 2 entités juridiques après avis du Conseil Scientifique. Aucune cession ne pourra être effectué avant l’entrée en vigueur du contrat.

Les données personnelles recueillies sont utilisées uniquement dans le cadre de la gestion de la demande de ressources biologiques et du contrat associé. Elles ne sont ni partagées, ni cédées à des tiers. Elles sont conservés trente ans (limite de la conservation des contrats). Vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’opposition, de limitation et de suppression en contactant le CRB ([crb-dri@chu-montpellier.fr](mailto:crb-dri@chu-montpellier.fr)) ou le DPO du CHU ([dpo@chu-montpellier.fr](mailto:dpo@chu-montpellier.fr)).

Nom, Prénom de l’utilisateur :

Date :

Signature :

|  |
| --- |
| ***PARTIE 4***  ***A RENSEIGNER UNIQUEMENT PAR LE CHU DE MONTPELLIER*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Avis et date** | **Commentaires** | **Nom, prénom, signature** |
| Avis du responsable de thématique  (si applicable) | **Date de l’avis :**  ☐ Favorable  ☐ Défavorable |  |  |
| Avis du responsable de collection  (si applicable) | **Date de l’avis :**  ☐ Favorable  ☐ Défavorable |  |  |
| Avis du DPO | **Date de l’avis :**  ☐ Favorable  ☐ Défavorable |  |  |
| Avis du SIMED | **Date de l’avis :**  ☐ Favorable  ☐ Défavorable  ☐ Non applicable |  |  |
| Avis du Conseil Scientifique | **Date de l’avis :**  🞏 accord sans réserve  🞏 accord sous conditions  🞏 refus  🞏 à représenter |  |  |