*Ce formulaire est à compléter, en vue de l’hébergement, par le CRB du CHU de Montpellier, d'une collection déjà constituée. La demande sera transmise au Conseil Scientifique du CHU pour validation via le Responsable du CRB du CHU de Montpellier (*[*CRB@chu-montpellier.fr*](mailto:CRB@chu-montpellier.fr)*).*

**Date de la demande :**

**Date de réception de la demande :**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 **EXTERNE**  ***Nom et coordonnées du demandeur***  Nom :  Organisme :  Adresse :    Téléphone :  E-mail : | 🞏 **INTERNE**  ***Nom et coordonnées du demandeur***  Nom :  Organisme :  Adresse :    Téléphone :  E-mail : |

Le CRB est-il dans le cadre de cette demande 🞏 en collaboration ou 🞏 en tant que prestataire de service ?

Si CRB en collaboration, précisez en quoi le CRB est partenaire :

|  |
| --- |
| ***DESCRIPTIF DU PROJET*** |

Responsable du projet :

Intitulé du projet complet et en français (joindre le résumé du projet) :

Acronyme :

Référence du projet attribué au sein du CHU :

Projet validé :

- Par un CPP (joindre avis CPP) : 🞏 OUI 🞏 NON

- Par l’IRB (joindre avis IRB) : 🞏 OUI 🞏 NON

Projet Collaboratif 🞏 OUI 🞏 NON

Si oui, préciser les partenaires :

Durée du projet :

Nombre de patients :

Nombre de visite par patients :

|  |
| --- |
| ***COLLECTION*** |

Nom de la collection :

Numéro DC si collection existante : DC-

Sinon, numéro CPP autorisant la constitution de collection dans le cadre d’une RIPH :

Pour les micro-organismes, précisez s’il s’agit d’un dépôt de collection en dehors du cadre d’un projet précis et justifiez :

Documentation associée aux échantillons *(cocher la ou les case(s) concernée(s))* :

* Formulaires d'information/non opposition, ou consentements (obligatoires)
* Attestation du promoteur que les prélèvements ont été obtenus avec l’accord ou sans opposition du patient (prélèvements déjà anonymisés)
* Documentation scientifique
* Données patients
* Le cas échéant, données réglementaires spécifiques
* Autres éléments (préciser) :

Modalités d’utilisation ultérieure :

🞏 Conservation pour une utilisation dans le cadre de ses propres projets de recherche CHU uniquement

🞏 Cession à des tiers durant le projet de recherche

🞏 Cession à des tiers après projet de recherche

🞏 Destruction à la fin du projet de recherche

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

|  |
| --- |
| ***CADRE DE LA DEMANDE DE STOCKAGE*** |

**Dépôt des ressources biologiques au CRB :**

🞏 en une seule fois 🞏 Echelonné, préciser la fréquence :

**Date souhaitée de début de dépôt des ressources biologiques** :

**Provenance des ressources biologiques à préparer/conserver au CRB :**

🞏 Uniquement du CHU de Montpellier

🞏 De centres associés, préciser le nombre de centres :

**Conditions de stockage initiales :**

**Lieu de stockage initial :**

**Conservation**

🞏 Durant le projet de recherche, préciser la durée :

🞏 Après projet de recherche, préciser la durée :

**Préparation des Liquides biologiques** (*à préciser dans le tableau ci-dessous en ajoutant autant de lignes nécessaires)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type ressources biologiques | Nbre total de tubes déposés au CRB | Nbre d’aliquots souhaités par tube | Volume souhaité par aliquot (en mL)  *Remarque pour  1 tube jusqu’à  5 aliquots de 0,5 mL* | Nbre total d’aliquots à conserver au CRB | Nbre d’aliquots à déstocker | Conservation au CRB | Devenir des échantillons |
|  |  |  |  |  |  | 🞏 Conservation à -20°C  🞏 Conservation à -80 °C  🞏 Conservation +5°C  🞏 Température ambiante  🞏 En azote | 🞏 Conservation temporaire  🞏 Transfert à un partenaire du projet, lequel :  🞏 Conservation au CRB après projet  🞏 Détruits |
|  |  |  |  |  |  | 🞏 Conservation à -20°C  🞏 Conservation à -80 °C  🞏 Conservation +5°C  🞏 Température ambiante  🞏 En azote | 🞏 Conservation temporaire  🞏 Transfert à un partenaire du projet, lequel :  🞏 Conservation au CRB après projet  🞏 Détruits |

**Préparation des Tissus ou autres** (*à préciser dans le tableau ci-dessous en ajoutant autant de lignes nécessaires)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type ressources biologiques déposées | Nbre déposé au CRB | Description de la préparation des ressources biologiques (quantité, épaisseur, taille…) | Nbre d’EBH à déstocker | Conservation au CRB | Devenir des échantillons |
|  |  |  |  | 🞏 Conservation à -20°C  🞏 Conservation à -80 °C  🞏 Conservation +5°C  🞏 Température ambiante  🞏 En azote | 🞏 Conservation temporaire  🞏 Transfert à un partenaire du projet, lequel :  🞏 Conservation au CRB après projet  🞏 Détruits |
|  |  |  |  | 🞏 Conservation à -20°C  🞏 Conservation à -80 °C  🞏 Conservation +5°C  🞏 Température ambiante  🞏 En azote | 🞏 Conservation temporaire  🞏 Transfert à un partenaire du projet, lequel :  🞏 Conservation au CRB après projet  🞏 Détruits |

Autres (à préciser) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

|  |
| --- |
| ***FINANCEMENT / FACTURATION*** |

Un financement est-il prévu pour cette prestation : 🞏 Oui 🞏 Non

Type de financement prévu pour le projet :

❑ Appel à projets ❑ Financements privés ❑ Budget propre recherche

**Statut du financement**

❑ Demande en cours de dépôt ❑ Demande déposée, en attente du résultat

❑ Financement obtenu

**Financement prévu pour la partie ressources biologiques pour le CRB :**

(Justifier l’absence de financement, le cas échéant)

🞏 Facturation interne, préciser le numéro d’UIC :

🞏 Facturation externe

Adresse de facturation des prestations :

Facturation déposée sur Chorus : 🞏 OUI 🞏 NON

Le déposant (Nom et fonction) :

Date : Signature :

|  |
| --- |
| ***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](mailto:crb-dri@chu-montpellier.fr).

|  |
| --- |
| ***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 : |