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](mailto: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 RESERVE AU CRB*** |
| Demande reçue le :  Demande d’échantillons ❒ Issus de collection  ❒ Issus de reliquats de soins  Responsable de la thématique CRB :  Tél. : E-mail :  Si collection(s) à compléter :   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nom collection** | **Responsable (nom et prénom)** | **Tél.** | **E-mail** | **Numéro DC** | **Numéro AC** | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| ***UTILILSATEUR DES ECHANTILLONS (à compléter par le demandeur)*** |
| Nom, Prénom :  Fonction/Qualification :  Etablissement :  Service :  Adresse :  Tél. : E-mail : |

|  |
| --- |
| ***PROJET DE THESE (joindre le résumé du projet au formulaire\*)*** |
| Acronyme + Titre complet du projet :  Coordonnateur, responsable du projet de thèse :  *Adresse :*  *Téléphone : Fax :*  *E-mail : @*  Thésard :  *Adresse :*  *Téléphone : Fax :*  *E-mail : @*  Date de début du projet : Date de fin du projet :  *\* Ce descriptif doit préciser le projet de thèse, les objectifs généraux et spécifiques, le type d'étude, la méthodologie (population, nombre de sujets, méthode, …), la nature des données recueillies, les résultats attendus et les perspectives (si possible), la bibliographie.*  *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.* |

|  |
| --- |
| ***RESSOURCES BIOLOGIQUES*** |
| Date de la mise à disposition souhaitée (JJ/MM/AAAA) :  Pathologie(s) concernée(s) :  Critères d’Inclusions / d’exclusion (à préciser) :  Nombre de patients : Age des patients : ❒ Féminin ❒ Masculin |
| ***Echantillons biologiques demandés pour le projet de recherche*** |
| **TISSUS ET TUMEURS**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Nature des échantillons*** | ***Quantité souhaité par patient (nombre, volume, poids, etc…)*** | ***Caractéristiques éventuelles*** | | ❒ Lame blanche |  |  | | ❒ Lame HE |  |  | | ❒ Lame immuno |  |  | | ❒ Lame TMA |  |  | | ❒ Lame colorée |  |  | | ❒ Bloc de paraffine |  |  | | ❒ Bloc en TMA |  |  | | ❒ Fragment de tissu |  | ❒ Congelé ou ❒ Frais | | ❒ Coupes dans tampon |  | ❒ Congelé ou ❒ Paraffine | | Produits dérivés ❒ ADN ou ❒ ARN |  | ❒ ADN congelé ou ❒ ADN frais | | ❒ Prélèvements de peau |  |  | | ❒ Membrane amniotique |  |  | | ❒ Cornée |  |  | | ❒ Sang placentaire |  | Sérologie : ❒ avec ou ❒ sans | | ❒ Îlots de Langerhans |  |  | | ❒ Muscle squelettique |  |  | | ❒ Autres (à préciser) |  |  | | Précisions / Commentaires éventuels : | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LIQUIDES BIOLOGIQUES**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Nature des échantillons*** | ***Quantité souhaité par patient (nombre, volume, poids, etc…)*** | ***Caractéristiques éventuelles*** | | ❒ Plasma |  | ❒ EDTA ❒ Hépariné ❒ Fluoré | | ❒ Sérum |  |  | | ❒ Sang total |  |  | | ❒ Urines |  |  | | ❒ LCR |  |  | | ❒ PBMC |  |  | | ❒ Salive |  |  | | ❒ Selles |  |  | | Produits dérivés ❒ ADN ou ❒ ARN |  |  | | ❒ Autres (à préciser) |  |  | | Précisions / Commentaires éventuels : | | | |
| **CELLULES**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | ***Nature des échantillons*** | ***Quantité souhaité par patient (nombre, volume, poids, etc…)*** | ***Caractéristiques éventuelles*** | | ❒ Cellules |  | Type de cellules : | | ❒ Moelle de patients atteints de myélome multiple |  | ❒ ADN ou ❒ ADN | | ❒ Cellules non tumorales de moelle de patients atteints de myélome multiple |  | ❒ ADN ou ❒ ADN | | ❒ Autres (à préciser) |  |  | | Précisions / Commentaires éventuels : | | | |

|  |
| --- |
| ***DONNEES ASSOCIEES AUX ECHANTILLONS DEMANDEES POUR LE PROJET DE RECHERCHE*** |
| ❒ Aucune ❒ Minimum « Data Set » (âge, sexe, pathologie) ❒ CR anatomopathologique anonymisé  ❒ Autres (à préciser) : |

|  |
| --- |
| ***ENVOI DES ECHANTILLONS*** |
| Lieu de stockage et utilisation des échantillons :  ❒ Au sein des locaux  ❒ Autres locaux (préciser l’adresse et la justification :  Conditions d’expédition des échantillons : ❒ Ambiant ❒ Carboglace ❒ Glace |

|  |
| --- |
| ***DEVENIR DES ECHANTILLONS en fin du projet de recherche*** |
| ❒ Utilisation complète des échantillons ❒ Retour au CRB ❒ Destruction |

|  |
| --- |
| ***ENGAGEMENT DU DEMANDEUR POUR TOUT PROGRAMME DE RECHERCHE*** |

En signant cette demande d’échantillons biologiques, le demandeur et le porteur du projet ci-dessus mentionné, s’engagent :

• A respecter la législation en vigueur pour l’utilisation des échantillons biologiques humains pour la recherche scientifique ;

• A utiliser les échantillons reçus, uniquement pour la recherche scientifique indiquée ci-dessus ;

• A ne céder en aucun cas, au profit d’un tiers, les échantillons reçus pour des recherches différentes de celles qui sont décrites dans ma demande ;

• A ne pas utiliser les échantillons obtenus ou leurs dérivés biologiques dans un but lucratif (cette disposition ne concerne pas une exploitation des données intellectuelles de recherche obtenues à partir des échantillons ou de leurs dérivés) ;

• A signaler au responsable de la collection l’arrêt du projet de recherche ;

• A reconnaître l'apport scientifique ou technique du CRB du CHU de Montpellier dans toute publication comportant des résultats obtenus grâce à l'utilisation des échantillons cédés par intégration :

* Soit de co-auteurs, des responsables de collection directement impliqués dans les collaborations de Recherche et Développement, selon leur degré d’implication.
* Soit par citation de l’apport scientifique ou technique du CRB Collection (Nom de la collection) dans la partie « Matériels et méthodes » de la manière suivante : « Ces travaux ont bénéficié de l’expertise du CRB Collection (Nom de la collection) du CHU de Montpellier ([www.chu-montpellier.fr](http://www.chu-montpellier.fr)) », ou « *This work has benefited from the facilities and expertise of the CRB Collection (Nom de la collection) of the University Hospital of Montpellier – France (*[*www.chu-montpellier.fr*](http://www.chu-montpellier.fr)*)* ».
* Soit au niveau des remerciements selon la dénomination :

CHU Montpellier, Centre de Ressources Biologiques du CHU de Montpellier

(CRB), Collection *Nom de la collection*, F-34285 Montpellier, France

• A informer par e-mail le responsable de la collection (ou [crb@chu-montpellier.fr](mailto:crb@chu-montpellier.fr)) du devenir des échantillons, tous les 12 mois après la cession jusqu'à ce que le matériel ait été totalement utilisé, retourné au CRB ou détruit (voir conditions ci‑dessous) ;

• En fin de recherche, à retourner le matériel restant de la collection pour qu’il soit remis à la disposition de la communauté scientifique, ou à le détruire, avec déclaration de destruction envoyée au responsable de la collection. Ce choix sera fait par le CRB du CHU de Montpellier sur demande du demandeur d’échantillons.

**Le responsable de collection**

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature pour Accord :

**Le demandeur**

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature pour Accord :

*Si nécessaire, merci de dédoubler le pavé de signatures afin que tous les intervenants de la part du demandeur soient signataires*

|  |
| --- |
| ***DEMANDE DE DONNEES ASSOCIEES (cadre réservé au CRB)*** |
| Données associées demandées issues de l’entrepôt de données e-Match  ❒ Oui ❒ Non  Si oui, remplir le dictionnaire des variables  Contexte de la demande :  Délai souhaité : |

|  |
| --- |
| ***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 : |