



**Demande d'échantillons biologiques humains pour tout programme de recherche (VF)**

Document n° : CRB 4/025/v4  
Référence CRB : BIOB/SENR/2013/11  
Date d'application : 31/03/2021

Page : 1/5

Document de référence : CRB 4/022

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

**UTILISATEUR DES ECHANTILLONS (à compléter par le demandeur)**

Nom, Prénom :

Fonction/Qualification :

Etablissement :

Service :

Adresse :

Tél. : E-mail :

**SIGNATAIRE DU CONTRAT (à compléter par le demandeur)**

Nom, Prénom du Représentant légal de l'établissement :

Fonction :

Etablissement/Société :

Adresse :

Tél. : E-mail :



**Demande d'échantillons biologiques humains pour tout programme de recherche (VF)**

Document n° : CRB 4/025/v4  
Référence CRB : BIOB/SENR/2013/11  
Date d'application : 31/03/2021

Page : 2/5

Document de référence : CRB 4/022

**PROJET DE RECHERCHE (joindre le résumé du projet au formulaire)**

Acronyme + Titre complet du projet :

Date de début du projet :

Date de fin du projet :

Partenariat/Collaboration de recherche envisagée avec le CHU (si oui, décrire précisément le partenariat/la collaboration) :

**RESSOURCES BIOLOGIQUES**

Date de la mise à disposition souhaitée (JJ/MM/AAAA) :

Pathologie(s) concernée(s) :

Critères d'exclusion (à préciser) :

Nombre de patients :

Age des patients :

Féminin

Masculin

Préciser si des analyses extérieures (autres laboratoires) doivent être faites :

**Echantillons biologiques demandés pour le projet de recherche**

**TISSUS ET TUMEURS**

<b>Nature des échantillons</b>	<b>Quantité souhaité par patient (nombre, volume, poids, etc...)</b>	<b>Caractéristiques éventuelles</b>
<input type="checkbox"/> Lame blanche		
<input type="checkbox"/> Lame HE		
<input type="checkbox"/> Lame immuno		
<input type="checkbox"/> Lame TMA		
<input type="checkbox"/> Lame colorée		
<input type="checkbox"/> Bloc de paraffine		
<input type="checkbox"/> Bloc en TMA		
<input type="checkbox"/> Fragment de tissu		<input type="checkbox"/> Congelé ou <input type="checkbox"/> Frais
<input type="checkbox"/> Coupes dans tampon		<input type="checkbox"/> Congelé ou <input type="checkbox"/> Paraffine
Produits dérivés <input type="checkbox"/> ADN ou <input type="checkbox"/> ARN		<input type="checkbox"/> ADN congelé ou <input type="checkbox"/> ADN frais
<input type="checkbox"/> Prélèvements de peau		
<input type="checkbox"/> Membrane amniotique		
<input type="checkbox"/> Cornée		
<input type="checkbox"/> Sang placentaire		Sérologie : <input type="checkbox"/> avec ou <input type="checkbox"/> sans
<input type="checkbox"/> Îlots de Langerhans		
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser)		

Précisions / Commentaires éventuels :



## Demande d'échantillons biologiques humains pour tout programme de recherche (VF)

Document n° : CRB 4/025/v4  
Référence CRB : BIOB/SENR/2013/11  
Date d'application : 31/03/2021

Page : 3/5

Document de référence : CRB 4/022

### LIQUIDES BIOLOGIQUES

Nature des échantillons	Quantité souhaité par patient (nombre, volume, poids, etc...)	Caractéristiques éventuelles
<input type="checkbox"/> Plasma		<input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> Hépariné <input type="checkbox"/> Fluoré
<input type="checkbox"/> Sérum		
<input type="checkbox"/> Sang total		
<input type="checkbox"/> Urines		
<input type="checkbox"/> LCR		
Produits dérivés <input type="checkbox"/> ADN ou <input type="checkbox"/> ARN		
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser)		
Précisions / Commentaires éventuels :		

### CELLULES

Nature des échantillons	Quantité souhaité par patient (nombre, volume, poids, etc...)	Caractéristiques éventuelles
<input type="checkbox"/> Cellules		Type de cellules :
<input type="checkbox"/> Moelle de patients atteints de myélome multiple		<input type="checkbox"/> ADN ou <input type="checkbox"/> ADN
<input type="checkbox"/> Cellules non tumorales de moelle de patients atteints de myélome multiple		<input type="checkbox"/> ADN ou <input type="checkbox"/> ADN
<input type="checkbox"/> 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 :  Ambient  Carboglace  Glace

### DEVENIR DES ECHANTILLONS en fin du projet de recherche

- Utilisation complète des échantillons  Retour au CRB  Destruction



## Demande d'échantillons biologiques humains pour tout programme de recherche (VF)

Document n° : CRB 4/025/v4  
Référence CRB : BIOB/SENR/2013/11  
Date d'application : 31/03/2021

Page : 4/5

Document de référence : CRB 4/022

### MODALITES DE FINANCEMENT (un devis vous sera transmis avec le contrat)

Un budget est-il prévu pour cette demande :  oui  non

Montant prévu :

Information client :

- Nom du client
- Adresse
- Adresse de facturation si différente :
- N° TVA
- Contact

Facturation dématérialisée (Chorus Pro) :  oui  non

### 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.



**Demande d'échantillons biologiques humains pour tout programme de recherche (VF)**

Document n° : CRB 4/025/v4  
Référence CRB : BIOB/SEN/2013/11  
Date d'application : 31/03/2021

Page : 5/5

Document de référence : CRB 4/022

**Le demandeur**

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature pour Accord :

**Le responsable de collection**

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature pour Accord :

*Si nécessaire, merci de doubler 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 :

**DONNEES DE REDISTRIBUTION DES COÛTS DES ECHANTILLONS BIOLOGIQUES ET DES DONNEES ASSOCIEES (cadre réservé au CRB)**

Merci à l'équipe du CRB partenaire de ce contrat de joindre à ce document le formulaire CRB 4/032 pour la redistribution des coûts des ressources biologiques.

**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: