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.**

**Demandeur**

**Nom, Prénom, Fonction** :

**Etablissement / Société** :

**Adresse** :

**Tél.** : **Fax** :

**E-mail** : @

**Contact administratif du demandeur (signataire du futur contrat)**

**Nom, Prénom du représentant administratif de l’établissement** :

**Etablissement / Société** :

**Adresse** :

**Tél.** : **Fax** :

**E-mail** : @

**Contact de référence CRB (responsable de collection)**

**Nom, Prénom, Fonction** :

**Structure du CHU (Service, Pôle, …)** :

**Thématique / collection** :

**Adresse** :

**Tél.** : **Fax** :

**E-mail** : @

**Références du projet**

**Acronyme et intitulé complet du projet** :

**Coordonnateur, responsable du projet** :

**Adresse** :

**Téléphone** : **Fax** :

**E-mail** : @

**Durée du projet** : Date de début : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Date de fin : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

**Description du projet – résumé, à joindre impérativement,** (*éventuellement sur un document à part*)

*Ce descriptif doit préciser les justifications du protocole, 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. Merci de détailler également les clauses de l’accord d'utilisation du matériel biologique, entre fournisseur et destinataire (embargo, restrictions éventuelles, modalités de publication, aspects financiers, …).*

*Dans le cadre de protocoles de recherche thérapeutiques, merci de préciser :*

**Description des ressources biologiques (Compléter chaque item pertinent)**

**Critères d’inclusion** :

**Pathologie** (préciser CIM-10) **– organe(s)** :

**Patients**: Nombre total prévu :

Age :

Sexe (*+ nombre*) : ❒ F : ❒ M :

**Ressources biologiques** : (*type de matériel et quantité souhaitée*)

* Tissus et tumeurs :

❒ Lames blanches (nbre, µm, …) :

❒ Blocs paraffine (nbre, …) :

❒ Lames HE (nbre) :

❒ Immunos (préciser) :

❒ Carottes paraffine dans tampon (nbre, tampon) :

❒ Fragments de tissu congelé :

❒ Fragments de tissu frais :

❒ Coupes congélation dans tampon (nbre, tampon, …) :

❒ Produits dérivés : ❒ ADN (quantité, tampon, …) :

❒ ARN (quantité, tampon, …) :

* Liquides biologiques :

❒ Plasma : Précisez (EDTA, héparine, fluoré) :

❒ Sérum :

❒ Sang total :

❒ Urines :

❒ LCR :

Produits dérivés : ❒ ADN :

❒ ARN :

❒ Autres :

* Cellules (préciser) :
* Autres : ❒ Sang placentaire ❒ Cornées ❒ Membranes amniotiques ❒ Autre

Détails - observations :

**Données associées et analyses spécifiques demandées par le protocole / projet** :

❒ Aucunes ❒ Minimum « Data Set » (âge, sexe, pathologie) ❒ Autre (préciser ci-dessous) :

❒ Données patient :

❒ CR anapath anonymisé :

❒ Autres :

**Critères d'exclusion éventuels** :

Préciser (Pathologie, données patient – âge, sexe, …) :

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

**Echantillons**

**Acheminement**: ❒ Coursiers CHU ❒ Autre transporteur :

**Conditions de transport** : ❒ Carboglace ❒ Glace ❒ Température ambiante

Précisions :

**Lieu de destination, conditions de stockage et d’utilisation** :

**Devenir en fin de protocole** : ❒ Retour à la collection du CRB

❒ Destruction (avec déclaration fournie au CRB)

❒ Utilisation complète des échantillons

**Partenariat et/ou Réseau (si applicable)**

Type de partenariat : ❒ Institutionnel ❒ Académique ❒ Industriel

Type de recherche : ❒ Hors Collaboration ❒ Collaborative

Merci de spécifier les coordonnées de chaque partenaire associé au projet de recherche décrit:

Merci de préciser les conditions du partenariat / collaboration / gestion de propriété intellectuelle éventuelles souhaitées (ces éléments seront inclus dans la préparation du contrat de cession et permettront un calcul de la cession) :

**Financement**

Financement associé : ❒ Non ❒ Oui

Lorsque la demande d'échantillons est prévue avec un financement associé, merci de spécifier le montant alloué et toutes conditions associées (montant, durée, délai, conditions de facturation, …) :

**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 :

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

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

• à 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 ;

• à 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) ;

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

• à 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

• à 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.

(Fait en deux exemplaires originaux)

**Le demandeur**

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature pour Accord :

**Le responsable de collection au CRB**

Nom, Prénom :

Fonction :

Date :

Signature :

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

**Collections**

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

Déclaration de conservation : ❒ Non ❒ Oui : DC-

Autorisation de cession : ❒ Non ❒ Oui : AC-

**Données de redistribution des coûts des EB et des données associées :**

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.

**Décision et recommandations du Conseil Scientifique du CRB du CHU de Montpellier**

❒ Accord ❒ Complément d'information ❒ Refus

Justification en absence d'accord :

Recommandations / conditions éventuelles :

**Attribution d'un numéro de contrat** : \_ \_ \_ \_

**Le Président du Conseil Scientifique du CRB ou son suppléant** :

Nom :

Date : Signature :