



Demande de Ressources Biologiques

Renseignements (demandeur des Ressources Biologiques)

Nom / Prénom :

Fonction / unité :

Adresse :

Tél / Fax :

E-mail :

Date de la demande de matériel :

Date de mise à disposition souhaitée :

Demande (validé par le CRB)

(cf. CRB-TRA-ENR-022)

Finalité : Recherche Diagnostic

Si Recherche **Nom du projet :**

Référent de la demande (Recherche ou Diagnostic) :

Ressources biologiques :

- Type : Tumeur Témoin Greffe Autre (*préciser*) :
- Pathologie :
- Organe :
- Conditionnement (*avec ou sans OCT*) :
- Quantité par patient :

Données associées : oui non

Si connue, joindre la liste des prélèvements souhaités. Liste jointe oui / non

Cadre réservé à l'Hôpital Marie Lannelongue

Disponibilité des RB : Oui Non

Accord du responsable de la collection (nom / date) :

Demande rejetée Demande validée

Si demande rejetée, motif du refus :

Résumé du matériel transmis

Nombre de patients :

Date de disponibilité du matériel :

Nombre de tubes secs :

Nombre de prélèvements en OCT :

Autre :

Nombre de **total** de prélèvements transmis :

Mise à disposition du matériel

Date et heure de la sortie des ressources :

Nom / Transporteur :