

 <p>GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH</p>  <p>Hôpital Paris Saint-Joseph</p>	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE A DISPOSITION DE RESSOURCES BIOLOGIQUES</b>	CRB-TRA-ENR-024 Version : 04 MAJ : 11/05/2021 Page : 1 / 2
---	--	---

**Dossier à renvoyer à : [crb@ghpsj.fr](mailto:crb@ghpsj.fr)**

*Ce dossier est un pré-requis pour toute demande de ressources biologiques. L'objectif est de permettre au comité scientifique/pilote du CRB d'appréhender au mieux vos besoins et de vous accompagner dans votre projet d'utilisation de ressources biologiques à visée de recherche.*

<b>N° de la demande :</b>	<i>Champ réservé au CRB</i>
---------------------------	-----------------------------

Date de la demande	/ /
--------------------	-----

<b>Demandeur / utilisateur</b>
--------------------------------

Nom :	Prénom :	Fonction :
Pôle - Service - Organisme (nom et adresse) :		Tél. : Fax : Adresse mail :

<b>Projet scientifique associé aux ressources biologiques</b>
---

Titre du projet de recherche Description du projet de recherche scientifique <i>(joindre en annexe le résumé du projet de recherche)</i>	
Durée du projet	mois de : / / à / /
Déclaration du projet :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui N° de déclaration
Collaborations/prestations envisagées	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Précisez :

 <p>GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH</p>  <p>Hôpital Paris Saint-Joseph</p>	<b>FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE A DISPOSITION DE RESSOURCES BIOLOGIQUES</b>	<p>CRB-TRA-ENR-024 Version : 04 MAJ : 11/05/2021 Page : 2 / 2</p>
---	--	---

### Ressources biologiques souhaitées

Nom de la collection (si applicable)		
<input type="checkbox"/> Bloc(s) paraffine <input type="checkbox"/> Tissu(s) en formol <input type="checkbox"/> Tissu(s) congelé(s) <input type="checkbox"/> Tissu(s) frais tumoral	<input type="checkbox"/> Tissu(s) frais non tumoral <input type="checkbox"/> Cellules <input type="checkbox"/> Lames blanches <input type="checkbox"/> Autre : Précisez :	
Nombre de patients concernés		
Nombre total d'échantillons souhaités		
Volume / poids par échantillon		
Date de mise à disposition souhaitée		
Commentaire sur la sélection des échantillons		
Données cliniques associées demandées :		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui   fournir les items en annexe

### Avis du Comité scientifique/pilotage

Date du comité scientifique/pilotage			
Avis du comité scientifique/pilotage	<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Dossier à compléter
Remarque :			
Date de sortie envisagée (fourchette)		/ /	

### Engagement du demandeur

Le demandeur s'engage à :

- Ne pas utiliser le matériel biologique à des fins de recherche autres que celles prévues ;
- Respecter les législations en vigueur pour l'utilisation des échantillons biologiques dans le cadre de recherches scientifiques ;
- Ne pas céder au profil d'un tiers les échantillons fournis par l'HML, dans un but autre que celui des recherches telles exposées dans la demande ;
- Mentionner le concours apporté par chaque Partie à la réalisation de la Recherche en qualité d'auteur pour toutes les publications et communications découlant des résultats obtenus à partir du matériel biologique.

**Comité scientifique/pilotage**

Nom/prénom

Date

Signature

**Demandeur**

Nom/prénom

Date

Signature