Document à remplir par le demandeur et à adresser par email à [*crb-cal@nice.unicancer.fr*](mailto:crb-cal@nice.unicancer.fr).

Ce document peut être transmis au Conseil Scientifique du CRB du CAL pour approbation.

Tous les éléments du dossier seront traités par le CRB du CAL, ils ne seront ni communiqués, ni cédés à des tiers. Si cette demande est acceptée, un devis pourra vous être transmis avant signature du contrat.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEMANDEUR/SIGNATAIRE DU CONTRAT** | | | | | | |
| DATE DE LA DEMANDE | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | | |
| NOM |  | | | | | |
| PRÉNOM |  | | | | | |
| FONCTION |  | | | | | |
| ÉTABLISSEMENT/SOCIÉTÉ |  | | | | | |
| ADRESSE |  | | | | | |
| TÉLÉPHONE/FAX |  | | | | | |
| E-MAIL |  | | | | | |
| **RÉFÉRENCES DU PROJET** | | | | | | |
| INTITULÉ DU PROJET COMPLET |  | | | | | |
| RESPONSABLE DU PROJET/ COORDONNATEUR |  | | | | | |
| ADRESSE |  | | | | | |
| TÉLÉPHONE/FAX |  | | | | | |
| E-MAIL |  | | | | | |
| DURÉE DU PROJET |  | | | | | |
| DATE DE DÉBUT | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | | |
| DATE DE FIN | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | | |
| DESCRIPTION DU CONTEXTE SCIENTIFIQUE ET DES OBJECTIFS  *(Eventuellement sur un document à part)* | *Objectifs généraux, type d’étude, méthodologie envisagée, nature des données recueillies* | | | | | |
| PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE DU PROJET DE RECHERCHE | LOCAL | RÉGIONAL | INTERRÉGIONAL | | NATIONAL | INTERNATIONAL |
| ANALYSES GÉNÉTIQUES CONSTITUTIONNELLES  PRÉVUES DANS LE PROJET | OUI | | | NON | | |
| PARTENARIAT | Type de partenariat*: Choisissez un élément.*  *Merci de préciser 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* | | | | | |
| Type de recherche *:*Choisissez un élément. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS GÉNÉRALES** | | | | | |
| TYPE DE CANCER |  | | | | |
| PATHOLOGIE CODE ADICAP |  | | | | |
| RÉCEPTEURS HORMONAUX |  | | | | |
| NOMBRE TOTAL DE PATIENTS SOUHAITÉ |  | | | | |
| ÂGE | Tranche d’âge précise souhaitée  Indifférent | | | | |
| SEXE  *\*Veuillez préciser le nombre souhaité* | Masculin*\** | Feminin *\** | | Indifférent *\** | |
|  |  | |  | |
| **RESSOURCES BIOLOGIQUES** | | | | | |
| DATE DE LA MISE A DISPOSITION SOUHAITÉE | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | |
| TYPE DE MATÉRIEL | **TISSU TUMORAL** | | LIQUIDES BIOLOGIQUES | | PRODUITS DÉRIVÉS |
| Bloc paraffine Lames blanches (µm) Lames HES Lames IHC Lames à coloration spécifique Lames numérisées Fragments de tissus frais Fragments de tissus congelés Copeau FFPE Tissu sain | | Sang total Sérum Urine Selle | | PBMC Plasma EDTA Plasma Hépariné ADN  ARN |
| NOMBRE SOUHAITÉ |  | | | | |
| DONNÉES ASSOCIÉES SOUHAITÉES | Minimum (âge, sexe, pathologie) Données patient CR anatomie pathologie anonymisé eCRF à compléter Autres | | | | |
| CONTRÔLE(S) QUALITÉ(S) SPÉCIFIQUE(S) |  | | | | |
| CRITÈRES D’INCLUSION |  | | | | |
| CRITÈRES D’EXCLUSION ÉVENTUELS |  | | | | |
| DEVENIR DES ÉCHANTILLONS EN FIN DE PROTOCOLE | Choisissez un élément. | | | | |
| **TRANSPORT** | | | | | |
| ACHEMINEMENT | Remise en main propre au CAL Transporteur du CRB Autre transporteur (société à préciser) | | | | |
| CONDITIONS DE TRANSPORT | Ambiant En glace En carboglace (-80°C) Avec suivi de température Autre préciser | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FINANCEMENT | | | | |
| BUDGET PRÉVU | | OUI | | NON |
| MONTANT PRÉVU | |  | | |
| NOM DEVANT APPARAITRE SUR LA FACTURE | |  | | |
| ADRESSE DE FACTURATION | |  | | |
| N°TVA | |  | | |
| CONTACT | |  | | |
| **DÉCISION DE LA DIRECTION DU CRB ET/OU DES RÉFÉRENTS DE LA COLLECTION (cadre réservé au CRB):** | | | | |
| Avis des responsables/ référents sur cette demande  :  OUI  NON  Date de réunion: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | | | | |
| Participants à la réunion : Choisissez un élément.  Fonction Choisissez un élément.: | | | | |
| Choisissez un élément. | | | | |
| *En cas de refus, merci de préciser les motifs :*  Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **SIGNATURE POUR ACCORD** | | | | |
| RESPONSABLE MÉDICALE DU CRB (OU ADJOINT):  Choisissez un élément.  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  SIGNATURE: | | | **En signant cette demande d’échantillons biologiques, le demandeur s’engage en fin de recherche, à retourner le matériel restant au CRB du CAL (frais de transport à la charge du demandeur) pour qu’il soit remis à la disposition de la communauté scientifique.**  **DEMANDEUR :**  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  SIGNATURE: | |
| RÉFÉRENT(S) DE LA COLLECTION :  Choisissez un élément.  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  SIGNATURE: | RÉFÉRENT(S) DE LA COLLECTION :  Choisissez un élément.  Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  SIGNATURE: | |

*En remplissant ce formulaire de demande, vous acceptez le traitement de vos données à caractère personnel. Vous autorisez le CRB du CAL à conserver, dans la limite de la durée de conservation 15 ans, toutes les données « partenaire » (nom, prénom, entreprise, adresse, mails, …) et ce, pour la gestion de ses demandes et de ses contrats.*

*Vous pouvez exercer un droit de rectification ou d’opposition en contactant la DPO du CAL par email* [*dpo@nice.unicancer.fr*](mailto:dpo@nice.unicancer.fr)