

Formulaire de demande à la PF CRB Reims

EURO-QUALITY SYSTEM



ISO 20387  
ISO 9001

*Ce dossier est un prérequis pour toute demande de valorisation ou de prestation de service. L'objectif est d'appréhender au mieux vos besoins et de vous accompagner dans votre demande.*

Date de la demande :

N° de la demande :

(A remplir par la PF CRB Reims)

**Le demandeur :**

Nom / Prénom :

Fonction / qualification :

Organisme demandeur :

Téléphone :

Email :

Adresse :

Coordonnées d'autre(s) personne(s) pouvant être contacté(s) :

**La demande :**

Thématique concernée :

Humaine

Microbienne

Végétale

Organisation souhaitée par le déposant :

**Valorisation de collection**

**Conditions d'acceptation de la collection :**

- Collection sans embargo, ouverte à la communauté scientifique et visible sur le catalogue de la PF CRB Reims
- Accord de la PF CRB Reims
- Valorisation soumise à un devis réalisé à partir de la grille tarifaire de la PF CRB Reims (excepté pour les demandeurs bénéficiant d'un tarif préférentiel)
- Accord du Conseil Scientifique de la PF CRB Reims
- Contrôle qualité de l'échantillon exigé au dépôt
- Données minimales transmises à la PF CRB Reims

**« OU »**

**Prestation de Service**

**Conditions de prestation de service :**

- Présence d'un embargo (si collection de ressources biologiques)
- Accord de la PF CRB Reims
- Prestation soumise à un devis réalisé à partir de la grille tarifaire du CRB (excepté pour les demandeurs bénéficiant d'un tarif préférentiel)

Appellation souhaitée du dossier déposé :

Durée approximative du service demandé :

Cadre réglementaire (CODECOH, Nagoya...) :

Formulaire de demande à la PF CRB Reims

**Informations financières :**

N° du devis : <i>(établi par la PF CRB)</i> :	
Montant du devis : <i>(basé sur la grille tarifaire de la PF CRB)</i>	
Organisme :	<input type="checkbox"/> Université ou équivalent <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/> Etablissement de Santé public <input type="checkbox"/> Etablissement de Santé privé <input type="checkbox"/> Organisme gouvernemental <input type="checkbox"/> Unité de recherche <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
Contact du département financier :	Nom : Prénom :
Nom complet de l'organisme :	
Adresse de facturation :	
E-mail :	
Fax :	
Numéro TVA : <i>(Union Européenne uniquement)</i>	
Numéro SIRET :	
Code Service : <i>(France uniquement)</i> :	

**Informations sur les prélèvements et les échantillons :**

Type de collection :	<input type="checkbox"/> prospective <input type="checkbox"/> rétrospective		
Nature des prélèvements :			
Provenance :			
Condition d'acheminement et délai de prise en charge :			
Nombre de prélèvement concerné:			
Potentiel d'inclusion : <i>(si thématique humaine)</i>	N <sup>bre</sup> de patient :	N <sup>bre</sup> de visite/patient :	N <sup>bre</sup> Total prlv:
	<i>Remarque éventuelles :</i>		
Présence du consentement patient : <i>(si thématique humaine)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <i>(Si non, voir prestation réalisées par la PF CRB)</i> <i>Rq : L'original doit être transmis à la PF CRB pour conservation sécurisée</i>		
Potentiel d'inclusion : <i>(si thématique végétal ou microbienne)</i>			
Origine géographique : <i>(si thématique microbienne ou végétale)</i>			
Nature des échantillons :			
Nombre d'échantillons / prélèvement :			
Nombre d'échantillons concernés sur la durée de la collection :			

Formulaire de demande à la PF CRB Reims

Conditionnement et volume des échantillons	
Types de risques	<input type="checkbox"/> Biologiques <input type="checkbox"/> Chimiques <input type="checkbox"/> Contamination croisée <input type="checkbox"/> Autres (à préciser :.....) <input type="checkbox"/> Physique
Si risques, moyen de protection exigé : (milieu stérile, PSM, EPI...)	

**Informations sur les prestations demandées:**

Etapes à prendre en charge par la PF CRB	<input type="checkbox"/> Réception
	<input type="checkbox"/> Traitement des prélèvements : <i>(fournir obligatoirement un mode opératoire)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Centrifugation</li> <li><input type="checkbox"/> Aliquotage</li> <li><input type="checkbox"/> PBMC</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (à préciser.....)</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> Prestations techniques : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Réalisations de lames histologiques</li> <li><input type="checkbox"/> Scanner de lames</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (à préciser.....)</li> </ul>
	<u>Contraintes techniques :</u>
	<input type="checkbox"/> Recueil des consentements (si thématique humaine)
	<input type="checkbox"/> Conservation : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> T°C ambiante</li> <li><input type="checkbox"/> 4°C</li> <li><input type="checkbox"/> -20°C</li> <li><input type="checkbox"/> -80°C</li> <li><input type="checkbox"/> Azote</li> </ul>
	<input type="checkbox"/> Mise à disposition  <input type="checkbox"/> Gestion et conservation des données associées sécurisées  <u>Format des données de traçabilité :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Fiche de traçabilité (fournies par le demandeur ou la PF CRB)</li> <li><input type="checkbox"/> Fichiers informatiques</li> <li><input type="checkbox"/> Plan de boîte</li> </ul>
Données transmises minimales : <i>(obligatoire lors d'une valorisation de collection)</i>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  <u>Si OUI, à préciser :</u>



Formulaire de demande à la PF CRB Reims

**Envoi des échantillons :**

Fréquence de mise à disposition:

Envoi géré par :

le déposant

la PF CRB

Température de transport

Température ambiante

Carboglace

+2-8°C

Adresse du destinataire si envoi au déposant :

Cas des envois hors-France

Précisez le N° d'autorisation d'export  
des ressources biologiques :

**Signature du demandeur :**

Nom / Prénom :

Date :

Signature :

*Veillez renvoyer ce dossier complété à l'adresse suivante : [pfcrrbs@chu-reims.fr](mailto:pfcrrbs@chu-reims.fr).*

**AVIS DE LA PF CRB Reims**

Estimation du coût total de la demande : ..... € (voir devis associé)

**Etude de la demande par la PF CRB Reims :**

Acceptation de la demande par la PF CRB Reims :  OUI

NON

JUSTIFICATIONS : .....  
.....  
.....

**Signature/ tampon de la PF CRB Reims :**

Nom / Prénom :

Date :

Signature :