



**Renseignements sur le demandeur**

(à remplir par l'investigateur ou son représentant)

Acronyme du protocole de recherche concerné :

Signature obligatoire :

Date de demande :

Identification du demandeur (nom, prénom, fonction) :

Coordonnée du demandeur (adresse d'envoi) :

Mail, téléphone :

**Objet de la demande de destruction**

- Absence de consentement
- Destruction à la demande du patient
- Destruction à la demande de l'investigateur :
- Critères qualités non satisfait (préciser) : .....
- Echantillons non exploitables pour l'étude (perdu de vue, sortie patient) : .....
- Identification erronée
- Autre (préciser) : .....

**Rappel : Le CRB-LRB s'engage à détruire les échantillons dans un délai maximal de 10 jours suivant la réception de la demande.**

**Identification des ressources biologiques à détruire**

*Indiquer le n° CRB en Z. Vous pouvez également joindre un tableau si nécessaire. Préciser en cas de destruction partielle (exemple détruire les aliquotes EDTA)*

**Exécution de la demande de destruction**

(à remplir par le CRB-LRB)

Garder l'original dans le classeur « destruction » et fournir une photocopie au demandeur

N° du dossier de sortie :

Date de traitement du dossier :

Identification de l'exécutant (nom, prénom, fonction) :

- L'exécution de la demande de destruction est complète
- L'exécution de la demande de destruction est incomplète

Préciser la raison et la ou les ressource(s) biologique(s) concernée(s) :

**Signature du Responsable ou Responsable-Adjoint :**

**Signature du technicien (Responsable de la destruction) :**