

Date de la demande : / /

N° de protocole :

| | | | |
|--|--|---------------------------------|--------------------------------|
| <u>COORDONNEES CLIENT / COLLABORATEUR</u> | | <input type="checkbox"/> public | <input type="checkbox"/> privé |
| Equipe / Société : | | | |
| Adresse : | | | |
| Adresse de facturation : | | | |
| Nom du contact : | | | |
| Téléphone : | | E-mail : | |
| <u>PROJET</u> | | | |
| Titre : | | | |
| Résumé (<i>→ joindre un résumé scientifique du projet</i>) : | | | |
| Nom du responsable projet : | | | |
| Téléphone : | | E-mail : | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <u>IDENTIFICATION</u> | | | |
| Nom de la lignée : | | fond : | |
| Origine des animaux : <input type="checkbox"/> Fournisseur: | | <input type="checkbox"/> CREFRE, N° protocole d'élevage: N° tableau de suivi : | |
| Equipe de recherche : | | | |
| Personne à contacter (téléphone) : | | | |
| Surveillance particulière des animaux * : | | | |

| | | | |
|--|----------|----------------------------|--|
| <u>Protocole</u> | | | |
| Date de début de protocole souhaitée : | | / / | |
| Date prévue de fin de protocole : | | / / | |
| <u>Expérimentateurs</u> | | | |
| Nom : | Prénom : | Niveau (B, A, stagiaire) : | |
| Nom : | Prénom : | Niveau (B, A, stagiaire) : | |
| Nom : | Prénom : | Niveau (B, A, stagiaire) : | |
| Nom : | Prénom : | Niveau (B, A, stagiaire) : | |
| <u>Autorisation</u> | | | |
| Autorisation du projet (avis favorable du comité d'éthique): | | | |

Animaux

Espèce : Souris Rats Autre :

| Lignée | Sexe | Age / Poids | Nombre | Fournisseur | Observations |
|--------|------|-------------|--------|-------------|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Dans le cas d'animaux transgénique, classement de la HCB (Haut Comité de Biotechnologie) :

Le protocole nécessite-t-il de la chirurgie ? Oui Non

Le protocole est-il susceptible d'être douloureux ? Ou le devenir en cours d'expérimentations (dégradation de l'état des animaux) ? Oui Non

Est-il prévu un palliatif de la douleur au cours de l'expérimentation ?
 Oui, précisez : Non

Conditions d'arrêt de l'expérimentation :
Méthode d'euthanasie prévue :

Observations

ENGAGEMENTS ET VALIDATION

| | |
|--|---|
| <p><u>Demandeur</u></p> <p><input type="checkbox"/> Je certifie avoir pris connaissance du contenu du catalogue de prestation mentionnant les modalités des prestations et les engagements des deux parties</p> <p><input type="checkbox"/> Je m'engage à citer le service dans le paragraphe «remerciements» ou «matériel et méthodes» des publications émanant de résultats obtenus avec ses équipements ou/et l'intervention du personnel du service, ainsi que dans tout type de communication (posters et présentations orales)</p> <p>Date / / Signature</p> | <p><u>Service</u></p> <p>Date / /</p> <p>Signature</p> |
|--|---|