

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ DE PROTECTION DES PERSONNES
POUR UNE RECHERCHE MENTIONNÉE AU 3^e DE L'ARTICLE
L. 1121-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

| Promoteur : | |
|----------------------------|--|
| Nom, raison sociale, sigle | |
| Nom du responsable | |
| Adresse complète | |
| Téléphone | |
| Adresse électronique | |

| Investigateur coordonnateur : | |
|--------------------------------------|--|
| Nom, Prénom | |
| Qualité | |
| Adresse complète | |
| Téléphone | |
| Adresse électronique | |

| | |
|----------------------|--|
| Nom, Prénom | |
| Qualité | |
| Adresse complète | |
| Téléphone | |
| Adresse électronique | |

| Recherche : | |
|--|---|
| Intitulé de la recherche | |
| Version du protocole | |
| Numéro d'enregistrement | |
| Nbre de personnes susceptibles d'être incluses dans la recherche | |
| La recherche fait-elle appelle | <input type="checkbox"/> à l'exploitation de données existantes (SNIR-AM, SNDS, dossiers ...) <input type="checkbox"/> au recueil d'échantillons biologiques |
| Design de la recherche | <input type="checkbox"/> Transversale <input type="checkbox"/> Cohorte <input type="checkbox"/> Etude cas-témoin |

| | | |
|------|-----|------------------------|
| Date | Nom | Signature du promoteur |
|------|-----|------------------------|