

TITRE DU PROJET :

Titre abrégé :

PROMOTEUR / RESPONSABLE DE TRAITEMENT :

☐ ACADEMIQUE

☐ INDUSTRIEL

Nom du/des responsable(s)/coordonnateur(s) du projet :

Organisme :

Adresse :

E-mail :

Téléphone :

PROJET

☐ PROSPECTIF

☐ RETROSPECTIF

Date de début des inclusions :

Période d'étude :

Date de fin des inclusions :

Partenaires (équipes) associés au projet :

National :

International :

DESCRIPTION / JUSTIFICATION SCIENTIFIQUE DU PROJET

Contexte :

Objectifs Principal :

Objectifs Secondaires :

Critères de jugement :

Hypothèse :

Critères d'inclusion :

Critères d'exclusion :

Analyses statistiques :

Résultats attendus :

Bibliographie :

DONNEES CLINIQUES ET RESSOURCES BIOLOGIQUES :

Description des données nécessaires :

Recours données chaînées au SNDS (UroCCR-Chain) : ☐ OUI ☐ NON

Le projet a-t-il des besoins en ressources biologiques ? : ☐ OUI ☐ NON

* Type :

* Quantité :

* Autres précisions :

* Données associées :

INCLUSION DES CENTRES PARTICIPANTS

Un nombre minimum de patients par centre est-il requis pour être inclus dans cette étude ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui lequel ? :

Quelle est la donnée UroCCR indispensable à renseigner par les centres participants pour cette étude ?

CALENDRIER

Date recueil des données faites :

Dates statistiques faites :

Article soumis :

Soumission abstract congrès :

Revue ciblée :

Le projet a-t-il déjà bénéficié d'une évaluation scientifique positive ?

☐ OUI (joindre la copie) ☐ NON

Date :

Par qui (citer l'institution évaluatrice et fournir la copie des expertises) :

Disponibilité des données :

Date : Oui : ☐ Non : ☐

Effectifs :

% de complétion de la donnée indispensable à cette étude :

Disponibilité des ressources biologiques dans la biocollection virtuelle :

Date : Oui : ☐ Non : ☐ NA : ☐

Commentaires :

AVIS DU COMITÉ SCIENTIFIQUE ET ETHIQUE :

Date :

Evaluation du projet :

Positif : ☐ Négative : ☐

Commentaires :