Code d’étude : (réservé PT imagerie)

*Ce formulaire est un premier contact, nous vous ferons suite dans les plus brefs délais*

Haut du formulaire

Bas du formulaire

**DEMANDEUR**

**Nom :**

**Laboratoire :**

**Adresse :**

**Téléphone : Mail :**

**TYPE DE PRESTATION :**

**Imagerie CT **

**Imagerie TEP/CT **

**Imagerie IRM **

**Imagerie TEP/IRM **

**PROJET :**

**Objectif**

**Expérimentation** (brève description, population, protocole d’imagerie)

**ANIMAUX :**

**Nombre d’animaux :**

**Souche :**

**Saisine associée :**

**REACTIFS :**

**Nom :**

**Mode d’administration :**

**Merci de bien vouloir nous préciser les contraintes de manipulation de réactifs potentiellement dangereux.**

**COMPLEMENTS D’INFORMATIONS**

**Compléments d’informations pour la réalisation des examens d’imagerie :** (en particulier suivi souhaité : type d’imagerie, fréquence des examens, durée prévue)

**Actes à réaliser autres que ceux d’imagerie :** (prélèvement de sang, autopsie, prélèvement d’organes…)

**Observations ou demandes particulières :**

**PLANIFICATION**

Date de démarrage souhaité :

Durée d’étude prévue :