



Department of Anatomy and Cell Biology  
Faculty of Medicine  
3640 University Street  
Montreal, Quebec, Canada H3A 0C7  
514-398-6350

## FORMULAIRE DE DEMANDE POUR L'UTILISATION DE MATERIEL ANATOMIQUE

Date de Soumission: \_\_\_\_\_ (Minimum 15 jours avant la date d'utilisation)

La réservation de sessions au laboratoire d'anatomie du Bâtiment d'Anatomie Strathcona se fait en deux étapes. Pour faciliter l'organisation de votre activité de recherche ou d'enseignement, veuillez compléter ce formulaire de demande. Le personnel du laboratoire d'anatomie étudiera la logistique associée à votre demande et le Directeur de la Division de Sciences Anatomiques révisera les informations fournies avant de vous contacter et de vous aviser de la décision prise. Une garantie contractuelle et un formulaire de reconnaissance et acceptation des risques encourus vous sera envoyée si votre demande est acceptée. Veuillez noter que la soumission de ce formulaire ne constitue pas une garantie de réservation. Votre application pourrait être redirigée vers le Centre de Simulation Arnold et Blema Steinberg, si elle s'avère plus appropriée.

**Au cas où vous devez faire des changements ou des corrections concernant la logistique de votre session (par exemple, la date, le nombre de participants, etc.) veuillez soumettre un deuxième formulaire d'application détaillant les changements que vous demandez. Veuillez aussi inclure le terme "Changement" ou "Correction" dans l'intitulé de votre Cours/Atelier ou Project de Recherche.**

**Veuillez compléter la section I ou II puis procéder à la section III:**

### **I. A DES FINS D'ENSEIGNEMENT**

1. Directeur du Cours/Atelier:

Affiliés de l'Université McGill:  Oui  No

Nom:

Adresse:

Téléphone:

Courriel:

2. Intitulé du Cours/Atelier:

3. Audience (veuillez indiquer le nombre):       *Étudiants de premier cycle #*  
 *Étudiants gradués #*  
 *FMC #*       *Autre:*      #

4. Brève Description des Objectifs d'Apprentissage:

5. Assistance Requise:  *Non*  *Oui, si oui veuillez spécifier:*  *Personnel Technique*  *Professeur*

## **II. A DES FINS DE RECHERCHE**

### 1. Chercheur Principale

Affiliés de l'Université McGill:  *Oui*  *No*

Nom:

Adresse:

Téléphone:

Courriel:

### 2. Intitule du Projet:

3. Brève Description du Project de Recherche (Requise pour Approbation):

4. Statut de l'Approbation Éthique de Recherche:  *AER approuvée*  *AER en attente*

5. Assistance Requise:  *Non*  *Oui, si oui veuillez spécifier:*  *Personnel Technique*  *Professeur*

### III. INFORMATION CONCERNANT LES SPÉCIMENS

7. Date(s) et heure(s) à la (aux) quelle(s) les spécimens seront requis (Samedi, Dimanche et Jours Fériés seront considérés en heures supplémentaires):

8. Veillez décrire les procédures effectuées (spécifier les sites si des incisions sont effectuées):

9. Équipement Requis (les Affiliés de l'Université McGill doivent fournir leurs propres blouses, gants et lunettes de sécurité):  *Instruments de Dissection*  *Affichage audio-visuel*  *Lampe Chirurgicale*  
 *Pas nécessaire*

10. Embaumement:  *Formaline – Phénol*  *Thiel*  *Congelé*  *Freedom Art Fluid*

11. Genre des Spécimens (veuillez spécifier le nombre):  *Male*  *Femelle#*  *Les deux #*  
#  *Pas de Préférence*

Signature du Directeur de Cours/Atelier ou Chercheur Principale:

**Veillez envoyer la demande dûment remplie par courriel à l'administrateur du programme de don de corps, M. Joseph Dubé, au [joseph.p.dube@mcgill.ca](mailto:joseph.p.dube@mcgill.ca).  
Pour plus d'informations, SVP téléphoner au 514-398-2575.**

**FOR DEPARTMENTAL USE ONLY**

Approval: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_