
**CONSIGNES POUR COMPLÉTER UNE DEMANDE D'OUVERTURE DE DOSSIER DANS LE CADRE DU
« Régime d'indemnisation des victimes d'un produit distribué par Héma-Québec »**

Afin que votre dossier soit complet, veuillez :

- Vous assurer que toutes les sections requises du formulaire « **INFORMATIONS RELATIVES À LA REQUÊTE D'INDEMNISATION** » ci-joint sont dûment remplies et que ledit formulaire soit signé.
- Remplir et signer toutes les sections des formulaires « **AUTORISATION DE COMMUNIQUER LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** » ci-joints.
- Remettre le document « **INFORMATION À L'INTENTION DU MÉDECIN REPRÉSENTANT LE RÉCLAMANT** » au médecin qui vous représente et lui demander de remplir le formulaire « **RAPPORT MÉDICAL** » ci-joint Il pourra vous le remettre (le joindre alors avec vos formulaires) ou il pourra le retourner lui-même à l'Institut national de santé publique du Québec.
- Retourner le tout à l'adresse suivante :

**Institut national de santé publique du Québec
Régime d'indemnisation des victimes d'un produit distribué par Héma-Québec
190, boulevard Crémazie Est, bureau 1.21
Montréal (Québec) H2P 1E2**

Pour de plus amples renseignements, veuillez composer **1 855 881-9870** (sans frais).

INFORMATIONS RELATIVES À LA REQUÊTE D'INDEMNISATION

Régime d'indemnisation des victimes d'un produit distribué par Héma-Québec

(à compléter par le réclamant ou son représentant)

1.	IDENTITÉ ET COORDONNÉES DU RÉCLAMANT	
	NOM DE FAMILLE :	PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :
	SEXE : MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/>	ÉTAT CIVIL :
	N° ASSURANCE MALADIE :	
	ADRESSE :	
	MUNICIPALITÉ :	PROVINCE :
	CODE POSTAL :	
	TÉL. BUREAU :	
	TÉL. MAISON :	
	AUTRE :	
2.	IDENTITÉ ET COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ	
N.B.	<i>Ne remplir que si le réclamant est mineur, décédé ou incapable de s'occuper lui-même de sa demande. Joindre une preuve en cas de décès.</i>	
	NOM DE FAMILLE :	PRÉNOM :
	SEXE : MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/>	
	ADRESSE :	
	MUNICIPALITÉ :	PROVINCE :
	CODE POSTAL :	
	TÉL. BUREAU :	
	TÉL. MAISON :	
	AUTRE :	
	TITRE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ	
	<input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE	<input type="checkbox"/> TUTEUR
	<input type="checkbox"/> CURATEUR	<input type="checkbox"/> ADMINISTRATEUR DE SUCCESSION
	<input type="checkbox"/> AVOCAT	<input type="checkbox"/> CONSEIL JUDICIAIRE
	<input type="checkbox"/> AUTRES (PRÉCISER)	
N.B.	<i>Joindre une preuve du droit d'agir à ce titre si le représentant n'est pas le père ou la mère.</i>	
3.	LANGUE DE CORRESPONDANCE	
	<input type="checkbox"/> FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS	
4.	FAITS PERTINENTS	
✓	Date de l'administration du produit :	
✓	Nom du ou des produits impliqués :	
	Contre quelle(s) maladie(s) :	
✓	Endroit où a eu lieu l'administration du produit (Centre hospitalier, autres établissements de la santé, cliniques externes, cliniques privées ou autre lieu) :	
✓	Nom (si connu) de la personne qui a administré le produit :	
✓	Date d'apparition des signes et symptômes potentiellement reliés à ce produit :	

✓	Date de la première consultation médicale :		
	Nom du ou des médecins consultés à ce moment :		
	NOM DU MÉDECIN :	LIEU :	TÉL :
	NOM DU MÉDECIN :	LIEU :	TÉL :
	NOM DU MÉDECIN :	LIEU :	TÉL. :
✓	Identification du ou des centres hospitaliers et cliniques où ont été prodigués des soins après l'administration du produit :		
✓	Énumération des premiers signes et symptômes manifestés après l'administration du produit :		
5.	IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT HABITUEL OU DU MÉDECIN DE FAMILLE, S'IL Y A LIEU		
	NOM DU MÉDECIN :		
	HÔPITAL – CLINIQUE :		
	ADRESSE :		
	MUNICIPALITÉ :	PROVINCE :	
	CODE POSTAL :	TÉLÉPHONE :	
6.	IDENTIFICATION DU MÉDECIN QUI VOUS REPRÉSENTERA SUR LE COMITÉ MÉDICAL D'ÉVALUATION		
	NOM DU MÉDECIN :		
	HÔPITAL – CLINIQUE :		
	ADRESSE :		
	MUNICIPALITÉ :	PROVINCE :	
	CODE POSTAL :	TÉLÉPHONE :	
7.	COMMENTAIRES :		

SIGNATURE DU RÉCLAMANT OU DE SON REPRÉSENTANT :	
_____	_____
SIGNATURE	ANNÉE/MOIS/JOUR

RÉGIME D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'UN PRODUIT DISTRIBUÉ PAR HÉMA-QUÉBEC

INFORMATION À L'INTENTION DU MÉDECIN REPRÉSENTANT LE RÉCLAMANT

Avec l'adoption du projet de loi 24 par l'Assemblée nationale du Québec le 19 novembre 2009, le gouvernement du Québec a suivi la toute première recommandation de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada, présidée par le juge Horace Krever. Cette recommandation portait sur la création d'un Régime d'indemnisation sans égard à la responsabilité de quiconque pour d'éventuelles victimes de transfusions sanguines.

L'adoption de ce projet de loi a permis notamment une modification à la Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance créant ainsi le Régime d'indemnisation des victimes d'un produit distribué par Héma-Québec. La création de ce régime permettra ainsi aux personnes admissibles ayant subi un préjudice causé par la défectuosité d'un produit distribué par Héma-Québec ou la contamination par des pathogènes connus ou inconnus d'un tel produit d'être indemnisées sans devoir passer par le processus judiciaire. L'accès à l'indemnisation pour ces personnes sera donc universel, facilité et accéléré.

Le Québec est la première province canadienne à se doter d'un tel régime, qui a pour objectif principal de garantir à tous une indemnisation équitable.

Votre participation comme médecin représentant le réclamant implique que :

- Vous acceptez de représenter le réclamant et de faire valoir son point de vue et le vôtre;
- Vous avez un permis de pratique en règle et êtes membre du Collège des médecins du Québec;
- Vous remplissez et retournez le formulaire 3 – *Rapport Médical* à l'INSPQ à l'adresse indiquée sur le formulaire ou encore le remettez au réclamant;
- Vous signez un formulaire de divulgation de conflits d'intérêts potentiels et un formulaire d'autorisation de divulgation de l'identité d'un membre du comité d'évaluation;
- Vous serez rémunéré par la RAMQ, et ce, par un taux forfaitaire de 2000 \$;
- Vos frais de déplacement pour la rencontre du comité d'évaluation médicale seront remboursés par le régime selon la directive des frais de déplacement en vigueur à l'INSPQ;
- Le lieu et la date de rencontre seront choisis à la convenance des trois membres du comité;
- Vous recevrez de l'INSPQ le guide de procédure à l'intention des médecins membres du comité d'évaluation médicale, le dossier médical complet du réclamant ainsi que tout autre document jugé nécessaire afin de vous préparer pour la rencontre;
- Le rapport d'évaluation rédigé par le président vous sera ensuite soumis pour approbation ou modification;
- Vous devrez signer le rapport pour attester votre approbation. Si vous êtes dissident, vous pourrez présenter un rapport distinct auquel vous apposerez votre signature.

Pour de plus amples renseignements, veuillez composer le 1 855 881-9870 (sans frais).

RAPPORT MÉDICAL

Régime d'indemnisation des victimes d'un produit distribué par Héma-Québec
(à compléter par le médecin représentant le réclamant)

1. IDENTIFICATION DU RÉCLAMANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :


2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU RÉCLAMANT

Avez-vous déjà examiné ou traité cette personne avant l'avènement de la maladie potentiellement reliée au produit distribué par Héma-Québec ? OUI NON

À votre connaissance, cette personne souffrait-elle d'un problème physique ou mental avant cette maladie ? OUI NON


Si oui, lequel?


3. INFORMATIONS SUR LA MALADIE POTENTIELLEMENT RELIÉE AU PRODUIT DISTRIBUÉ PAR HÉMA-QUÉBEC

 Nom du ou des produits impliqués :

 Date d'administration :

 Date d'apparition des premiers signes ou symptômes :

 Diagnostic de la maladie contractée :

 Date de la première consultation pour cette maladie :

Énumération des premiers signes ou symptômes :

 Référence pour consultation à un médecin spécialiste : OUI NON

Si oui, veuillez inscrire le nom du ou des médecins consultés et leurs coordonnées :

NOM DU MÉDECIN :

LIEU :

TÉL. :

NOM DU MÉDECIN :


LIEU :

TÉL. :

NOM DU MÉDECIN :

LIEU :

TÉL. :

 Commenter le lien de causalité présumé entre le préjudice corporel subi par le réclamant et le produit distribué par Héma-Québec :

