
**INSTRUCTIONS FOR OPENING A FILE UNDER THE
Vaccine Injury Compensation Program**

(PROGRAMME D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'UNE VACCINATION)

To complete your records, please:

- Make sure that all the sections required on the attached **INFORMATION RELATED TO A COMPENSATION CLAIM** form are duly completed and that the form is signed.
- Complete and sign all the sections on the attached **AUTHORIZATION TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION** form.
- Attach the vaccination proof (copy of the vaccination record, documentary evidence signed by the vaccinator).
- Hand in the **INFORMATION À L'INTENTION DU MÉDECIN REPRÉSENTANT LE RÉCLAMANT** document to the physician representing you **and ask him** to complete the attached **MEDICAL REPORT** form. Your physician can either give it back to you (in which case, you must return it with your forms) or send it directly to the Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Return everything to:
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de la protection de la santé publique
Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination
1075, chemin Sainte-Foy, 12^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

For further information, call 1 855 881-9869.

INFORMATION RELATED TO AN INDEMNIFICATION CLAIM
VACCINE INJURY COMPENSATION PROGRAM
(Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination)
 (To be completed by the claimant or the claimant's representative)

1.	IDENTITY AND CONTACT INFORMATION FOR THE PRESUMED VICTIM	
	LAST NAME:	FIRST NAME:
	DATE OF BIRTH:	PLACE OF BIRTH:
	SEX: MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>	CIVIL STATUS:
	HEALTH INSURANCE NO.:	
	ADDRESS:	
	TOWN:	PROVINCE:
	POSTAL CODE:	
	OFFICE PHONE:	
	HOME PHONE:	
	OTHER:	
2.	IDENTITY AND CONTACT INFORMATION FOR THE AUTHORIZED REPRESENTATIVE	
N.B.:	<i>Complete only if the presumed victim is a minor, deceased, or unable to pursue the claim themselves.</i>	
	LAST NAME:	FIRST NAME:
	SEX: MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>	
	ADDRESS:	
	TOWN:	PROVINCE:
	POSTAL CODE:	
	OFFICE PHONE:	
	HOME PHONE:	
	OTHER:	
	TITLE OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE	
	<input type="checkbox"/> FATHER <input type="checkbox"/> MOTHER	<input type="checkbox"/> TUTOR
	<input type="checkbox"/> CURATOR	<input type="checkbox"/> EXECUTOR
	<input type="checkbox"/> LAWYER	<input type="checkbox"/> LEGAL ADVISOR
	<input type="checkbox"/> OTHER (SPECIFY)	
N.B.:	<i>Proof of authority to act in this capacity must be attached if the representative is not the father or mother.</i>	
3.	LANGUAGE OF CORRESPONDENCE	
	<input type="checkbox"/> FRENCH <input type="checkbox"/> ENGLISH	
4.	RELEVANT FACTS	
✓	Date of immunization:	
✓	Name(s) of the product(s) involved:	
	For which disease(s):	
✓	Location where immunization occurred (private doctor's office, CLSC, hospital, or elsewhere):	
✓	Name (if known) of the individual who administered the vaccine:	
✓	Date on which signs and symptoms possibly related to this immunization appeared:	

✓	Date of first medical consultation:		
	Name(s) of the physician(s) consulted at that time:		
	PHYSICIAN'S NAME:	LOCATION:	TEL.:
	PHYSICIAN'S NAME:	LOCATION:	TEL.:
	PHYSICIAN'S NAME:	LOCATION:	TEL.: :
✓	Identification of the hospital(s) or clinic(s) providing care after the immunization:		
✓	List of the first signs and symptoms appearing after immunization:		
N.B.:	<i>Attach this form to a vaccination record (eg, photocopy of a page from a health diary, certificate of vaccination).</i>		
5.	IDENTIFICATION OF THE USUAL ATTENDING PHYSICIAN OR FAMILY PHYSICIAN, AS APPROPRIATE		
	PHYSICIAN'S NAME:		
	HOSPITAL – CLINIC:		
	ADDRESS:		
	TOWN:	PROVINCE:	
	POSTAL CODE:	TELEPHONE:	
6.	IDENTIFICATION OF THE PHYSICIAN REPRESENTING YOU BEFORE THE MEDICAL ASSESSMENT COMMITTEE		
	PHYSICIAN'S NAME:		
	HOSPITAL – CLINIC:		
	ADDRESS:		
	TOWN:	PROVINCE:	
	POSTAL CODE:	TELEPHONE:	
7.	COMMENTS:		

SIGNATURE OF THE VICTIM OR REPRESENTATIVE:

SIGNATURE

YEAR/MONTH/DAY

**AUTHORIZATION TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION
VACCINE INJURY COMPENSATION PROGRAM
(PROGRAMME D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'UNE VACCINATION)**
Please fill in and sign the three sections but do not detach them.

AUTHORIZATION TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION

Ministère de la Santé et des Services sociaux
 Direction de la protection de la santé publique
 Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination
 1075, chemin Sainte-Foy, 12^e étage
 Québec (Québec) G1S 2M1

Do not use this space

Claim	No.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>										

Current name: _____ First name: _____

Name at birth (if different from current name): _____

Health Insurance Number: _____

I hereby authorize any physician, healthcare professional, private practice professional, healthcare institution, health or social services establishment, as well as any organization or person with access to the victim's medical records to convey such information to the agents of Ministère de la Santé et des Services sociaux, i.e., Institut national de santé publique du Québec or Société de l'assurance automobile du Québec as the case may be, to enable them to determine eligibility for damages under the Vaccine Injury Compensation Program.

A photocopy or reproduction of this authorization shall be deemed as valid as the original pursuant to articles 2840 and 2841 of the *Civil Code of Quebec*.

This authorization remains in effect the entire time the file is active, starting from the signature date. The signatory may cancel this authorization at any time.

Signature of the victim or the victim's authorized representative	Date

PROGRAMME D'INDEMNISATION DES VICTIMES D'UNE VACCINATION AU QUÉBEC

INFORMATION À L'INTENTION DU MÉDECIN REPRÉSENTANT LE RÉCLAMANT

Le principe du Programme est que le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec indemnise toute victime d'un dommage corporel qui découle d'une vaccination volontaire par inoculation d'un vaccin ou d'immunoglobulines contre l'une des maladies ou infections déterminées dans la réglementation ou encore d'une éventuelle immunisation obligatoire ou imposée. La Loi sur la santé publique autorise à indemniser une victime d'un dommage corporel, pourvu qu'un lien de causalité probable soit établi, dans les cas d'une indemnisation contre l'une des maladies déterminées dans la réglementation.

Pour ce faire, la demande d'indemnisation est examinée par un comité d'évaluation médicale ad hoc formé d'un médecin représentant le ministre, d'un médecin représentant le réclamant et d'un troisième médecin nommé par les deux premiers et qui agira à titre de président. Les membres du comité doivent étudier le dossier soumis, évaluer le dommage permanent subi, statuer sur le lien de causalité probable avec la vaccination ou l'injection d'immunoglobulines et s'il y a lieu, évaluer l'indemnité à être versée. Le comité soumet alors ses recommandations au ministre de la Santé et des Services sociaux afin qu'il puisse rendre une décision.

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) assure la gestion administrative et organisationnelle du Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination.

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* au ministère de la Santé et des Services sociaux 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 programme 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 1 855 881-9869.

RAPPORT MÉDICAL

Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination

(à compléter par le médecin représentant le requérant)

1. IDENTIFICATION DE LA PRÉSUMÉE VICTIME DE LA VACCINATION

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE CETTE PRÉSUMÉE VICTIME

Avez-vous déjà examiné ou traité cette personne avant l'avènement de la maladie potentiellement reliée à la vaccination ? 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 À UNE VACCINATION

 Nom du ou des vaccins 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. :

