
**CONSIGNES POUR COMPLÉTER UNE DEMANDE D'OUVERTURE DE DOSSIER DANS LE CADRE DU
« Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination »**

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 du formulaire « **AUTORISATION DE COMMUNIQUER LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** » ci-joint.
- Joindre la preuve de vaccination (copie du carnet de vaccination, preuve écrite signée par le vaccinateur).
- 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 au Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Retourner le tout à l'adresse suivante :
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de la protection de la santé publique
Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 12^e étage,
Québec (Québec) G1S 2M1

Pour de plus amples renseignements, veuillez composer le 1 855 881-9869.

INFORMATIONS RELATIVES À LA REQUÊTE D'INDEMNISATION

Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination

(à compléter par le requérant ou son représentant)

1.	IDENTITÉ ET COORDONNÉES DE LA PRÉSUMÉE VICTIME	
	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 la victime présumée est mineure, décédée ou incapable de s'occuper elle-même de sa demande</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'immunisation :	
✓	Nom du ou des produits impliqués :	
	Contre quelle(s) maladie(s) :	
✓	Endroit où a eu lieu l'immunisation (cabinet privé de médecin, CLSC, Centre hospitalier ou autre lieu) :	
✓	Nom (si connu) de la personne qui a administré le vaccin :	
✓	Date d'apparition des signes et symptômes potentiellement reliés à cette immunisation :	

✓	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'immunisation :	
	Énumération des premiers signes et symptômes manifestés après l'immunisation :	
N.B.	<i>Joindre à ce formulaire un relevé de vaccination (ex : photocopie de la page du carnet de santé, attestation de vaccination)</i>	
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 DE LA VICTIME OU DE SON REPRÉSENTANT :	
_____	_____
SIGNATURE	ANNÉE/MOIS/JOUR

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. :

