
INSTRUCTIONS FOR FILING A CLAIM UNDER THE “Vaccine Injury Compensation Program”

In order for your claim to be processed, please make sure that you have attached all the required documents and that you have filled in the fields marked with an asterisk ().*

In order for your claim to be complete and eligible for processing, please:

- Complete all the required sections of Form 1, “**INFORMATION CONCERNING THE COMPENSATION CLAIM**”, and sign it. (Form 1 is attached to this document.)
- Complete all the required sections of Form 2, “**AUTHORIZATION TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION**”, and sign it. (Form 2 is attached to this document.)
- Attach proof of vaccination in Quebec (copy of the vaccination booklet, written proof signed by the person who administered the vaccine)
- Give the document “**INFORMATION FOR THE PHYSICIAN APPOINTED BY THE CLAIMANT**” to the physician who is representing you and ask them to complete the attached Form 3, “**MEDICAL REPORT**”. They can either return it to you — in this case, attach the form to your other forms — or send it to the Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Send all the documents to the following address:
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la protection de la santé publique
Vaccine Injury Compensation Program
930, chemin Sainte-Foy, 3e étage
Québec (Québec) G1S 2L4

For more information, please contact Services Québec at 1 (877) 644-4545.

INFORMATION CONCERNING THE COMPENSATION CLAIM

Vaccine Injury Compensation Program

(to be completed by the claimant or their representative)

In order for your claim to be processed, please fill in the fields marked with an asterisk ().*

By completing this form, you consent to the information provided being processed, analyzed and kept by the MSSS's Direction de la vigie des maladies infectieuses. It will remain confidential and will be used only to process the current file. Your file will be kept as long as the claim is being processed or you are receiving compensation. After this, it will remain active for 1 year following the Minister's decision or as long as the file is in dispute (legal challenge).

The information may also be kept in a de-anonymized form for statistical purposes.

1.	IDENTITY AND CONTACT INFORMATION OF THE ALLEGED VICTIM	
	*SURNAME:	*FIRST NAME:
	*DATE OF BIRTH: YYYY/MM/DD	
	GENDER: MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>	CIVIL STATUS:
	*HEALTH INSURANCE NUMBER:	
	*ADDRESS:	
	*MUNICIPALITY:	*PROVINCE:
	*POSTAL CODE:	
	*HOME TELEPHONE NUMBER:	CELL PHONE NUMBER :
	*EMAIL ADDRESS:	
	OTHER MEANS OF COMMUNICATION (SPECIFY):	
2.	IDENTITY AND CONTACT INFORMATION OF THE AUTHORIZED REPRESENTATIVE (IF REQUIRED)	
N.B.	<i>Fill out only if the alleged victim is a minor¹, deceased² or unable to complete their claim themselves¹. Please complete all the fields in this section.</i>	
	SURNAME:	FIRST NAME:
	GENDER: MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>	
	ADDRESS:	
	MUNICIPALITY:	PROVINCE:
	POSTAL CODE:	
	HOME TELEPHONE NUMBER:	
	CELL PHONE NUMBER :	
	EMAIL ADDRESS:	
	OTHER (SPECIFY):	
	TITLE OF THE AUTHORIZED REPRESENTATIVE:	
	<input type="checkbox"/> FATHER <input type="checkbox"/> MOTHER	<input type="checkbox"/> GUARDIAN
	<input type="checkbox"/> TRUSTEE	<input type="checkbox"/> ESTATE ADMINISTRATOR
	<input type="checkbox"/> LAWYER	<input type="checkbox"/> LEGAL ADVISOR
	<input type="checkbox"/> OTHER (SPECIFY)	
N.B.	¹ Attach proof of the right to act in this capacity (except for the father or mother of a minor child)	
	² Attach proof of a testament search with the Chambre des notaires dated after the death	
3.	*LANGUAGE OF CORRESPONDENCE	
	<input type="checkbox"/> FRENCH <input type="checkbox"/> ENGLISH	

4.	RELEVANT FACTS ABOUT THE VACCINATION (OR IMMUNIZATION)		
✓	*Date of the vaccination:		
✓	*Name of the vaccine(s) involved:		
✓	*Protection against the following disease(s):		
✓	*Place where the vaccine was administered (private doctor's office, CLSC, hospital or other place):		
N.B.	<i>Attach proof of vaccination to the form (e.g., photocopy of the health booklet page, vaccination certificate).</i>		
5.	KEY INFORMATION ON SYMPTOMS AND MEDICAL CONSULTATIONS		
✓	*Date the signs and symptoms potentially related to the vaccination appeared:		
✓	*Date of the first medical consultation:		
	Name(s) of the physician(s) consulted at the time (if known):		
	PHYSICIAN'S NAME:	LOCATION:	TEL.:
	PHYSICIAN'S NAME:	LOCATION:	TEL.:
	PHYSICIAN'S NAME:	LOCATION:	TEL.:
✓	*Identification of the hospital centre(s) and clinic(s) where care was provided after immunization:		
✓	*List of the first signs and symptoms that appeared after immunization:		
6.	IDENTIFICATION OF THE USUAL ATTENDING PHYSICIAN OR FAMILY PHYSICIAN, IF APPLICABLE		
	PHYSICIAN'S NAME:		
	HOSPITAL — CLINIC:		
	ADDRESS:		
	MUNICIPALITY:	PROVINCE:	
	POSTAL CODE:	TELEPHONE:	
7.	*IDENTIFICATION OF THE PHYSICIAN WHO WILL BE REPRESENTING YOU ON THE EVALUATION COMMITTEE		
	*PHYSICIAN'S NAME:		
	*HOSPITAL — CLINIC:		
	*ADDRESS:		
	*MUNICIPALITY:	*PROVINCE:	
	*POSTAL CODE:	*TELEPHONE:	

8.	COMMENTS:

*SIGNATURE OF THE VICTIM OR THEIR REPRESENTATIVE:	
_____	_____
*SIGNATURE	*YEAR/MONTH/DAY

**AUTHORIZATION TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION
VACCINE INJURY COMPENSATION PROGRAM
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
Please complete, date and sign the form.**

Please note that this consent is required in order to process your file.

In order for your claim to be processed, you must complete all the fields marked with an asterisk().*

AUTHORIZATION TO DISCLOSE MEDICAL INFORMATION

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la protection de la santé publique
Vaccine Injury Compensation Program
930, chemin Sainte-Foy, 3e étage
Québec (Québec) G1S 2L4

Do not write here

Claim number | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

*Surname: _____

*First name: _____

Surname at birth (if different from current surname): _____

*Health insurance card number: | _____|

I hereby authorize any physician, health professional, professional private practice, health or social services institution, as well as any organization or other person, including Santé Québec, that holds my health and social services information to disclose it to the Ministère de la Santé et des Services sociaux and its agents, either the Institut national de santé publique du Québec or the Société de l'assurance automobile du Québec as the case may be, in order to allow the Minister to determine the right to compensation under the vaccine injury compensation program.

A photocopy or reproduction of this authorization has the same value as the original, in accordance with sections 2840 and 2841 of the Civil Code of Québec.

This authorization is valid for the entire period the file is active, as of the date of signature. The signatory may cancel this authorization at any time.

First name and surname of the claimant or their authorized representative

*Signature of the claimant or their authorized representative

*Date

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

INFORMATION À L'INTENTION DU MÉDECIN NOMMÉ PAR LE RÉCLAMANT

Le Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination est établi par la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2), laquelle prévoit, à son article 71, que le ministre de la Santé et des Services sociaux indemnise toute victime d'un préjudice corporel causé par une vaccination volontaire contre une maladie ou infection prévue au Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2, r.1).

Toute personne qui réclame une indemnité doit présenter une réclamation au ministre, qui doit être accompagnée d'un certificat médical faisant état du préjudice corporel subi et évaluant le lien de causalité entre le préjudice et la vaccination (articles 5 et 6 du Règlement).

Toute demande d'indemnisation est examinée par un comité d'évaluation composé de trois membres, soit un médecin nommé par le ministre, un médecin nommé par le réclamant et un troisième médecin nommé par les deux premiers qui agira à titre de président (art. 12 du Règlement). Le comité a pour fonctions d'étudier le dossier soumis, d'évaluer le préjudice subi, s'il existe un lien de causalité probable entre le préjudice subi et la vaccination et, s'il y a lieu, l'indemnité à être versée, puis de faire des recommandations au ministre afin qu'il puisse rendre une décision (art. 14 du Règlement).

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

Votre participation au comité d'évaluation comme médecin nommé par le réclamant implique que :

- Vous acceptez de participer au comité d'évaluation afin d'évaluer la présente demande d'indemnisation;
- Vous avez un permis de pratique valide et êtes membre du Collège des médecins du Québec;
- Vous remplissez le formulaire 3 « *Rapport médical* » et vous le transmettez au ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse indiquée sur le formulaire ou bien au réclamant;
- Vous acceptez de fournir une adresse courriel valide pour toute communication avec les médecins du comité d'évaluation et l'équipe médicale du PIVV;
- 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 avant la tenue du comité;
- Vous serez rémunéré par la RAMQ, qui vous versera une rémunération forfaitaire de 2000\$;
- La date de rencontre sera choisie à la convenance des trois membres du comité et se fera via la plateforme Microsoft Teams;
- Vous recevrez de l'INSPQ le guide de procédure à l'intention des médecins membres du comité d'évaluation, le dossier médical complet du réclamant ainsi que tout autre document jugé nécessaire pour vous préparer à la rencontre;
- Le rapport d'évaluation rédigé par le président à la suite de la rencontre du comité d'évaluation 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 communiquer avec Services Québec au 1 (877) 644-4545.

RAPPORT MÉDICAL

Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination

Pour que la demande de votre patient soit traitée, l'ensemble des champs doivent être obligatoirement remplis.

Victime : la personne vaccinée, la personne qui contracte la maladie d'une personne vaccinée ou le fœtus de l'une ou l'autre de ces personnes, ou, s'il y a décès, la personne qui a droit à une indemnité de décès;

Préjudice corporel : préjudice permanent grave, physique ou mental, incluant le décès.

Délai : toute demande d'indemnisation doit être présentée dans les trois ans qui suivent la date de la vaccination ou la date du décès s'il s'agit d'une demande d'indemnité de décès. Si le dommage se manifeste graduellement, le délai de trois ans commence le jour où ce dommage s'est manifesté pour la première fois.

Références : Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2) (articles 70 à 78) et Règlement d'application de la Loi sur la santé publique (RLRQ, chapitre S-2.2, r. 1) (articles 4 à 28).

1. IDENTIFICATION DE LA PRÉSUMÉE VICTIME DE LA VACCINATION

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE LA PRÉSUMÉE VICTIME

Avez-vous déjà examiné ou traité cette personne avant que la maladie potentiellement reliée à la vaccination ne survienne? OUI NON

À votre connaissance, cette personne souffrait-elle d'un ou des problèmes physiques ou mentaux avant cette maladie? OUI NON


Si oui, lequel ou lesquels?


3. INFORMATIONS SUR LE PRÉJUDICE CORPOREL POTENTIELLEMENT LIÉ À UNE VACCINATION

 Nom du ou des vaccins impliqués :

 Date d'administration (AAAA/MM/JJ) :

 Date d'apparition des premiers signes ou symptômes :

 Maladie diagnostiquée ou présumée en lien avec la vaccination :

 Date de la première consultation pour cette maladie (AAAA/MM/JJ) :

 Énumération des premiers signes ou symptômes :

4. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN :

NUMÉRO DU PERMIS DE PRATIQUE :

ÉTABLISSEMENT :

ADRESSE :

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AU BUREAU :

COURRIEL :

AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

TÉLÉCOPIEUR :

Nom du médecin (lettres moulées) : _____

Signature _____ **Date :** _____ **Numéro de permis :** _____

AAAA MM JJ

Envoyer le présent formulaire au ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse ci-dessous, ou encore le remettre à la présumée victime ou à son représentant

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction générale de la protection de la santé publique
Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination
930, chemin Sainte-Foy, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2L4

Pour de plus amples renseignements, consultez le site Internet à l'adresse suivante :

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/indemnisation-des-victimes-vaccination>.