

---

---

**CONSIGNES POUR DÉPOSER UNE DEMANDE DANS LE CADRE DU**  
**« Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination »**

---

---

**Pour que votre demande soit traitée, assurez-vous d'avoir joint tous les documents requis et d'avoir rempli les champs indiqués par un astérisque (\*).**

Afin que votre demande soit complète et qu'elle puisse être traitée, veuillez :

- Remplir toutes les sections requises du formulaire 1 « **INFORMATIONS CONCERNANT LA DEMANDE D'INDEMNISATION** » et le signer. (Le formulaire 1 est joint au présent document.)
- Remplir toutes les sections requises du formulaire 2 « **AUTORISATION DE COMMUNIQUER LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX** » et le signer. (Le formulaire 2 est joint au présent document.)
- Joindre une preuve de vaccination au Québec (copie du carnet de vaccination, preuve écrite signée par le vaccinateur)
- Remettre le document « **INFORMATION À L'INTENTION DU MÉDECIN NOMMÉ PAR LE RÉCLAMANT** » au médecin qui vous représente et lui demander de remplir le formulaire 3 « **RAPPORT MÉDICAL** » ci-joint. Il peut soit vous le retourner — dans ce cas, joindre ce formulaire à vos autres formulaires — soit le renvoyer au ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Envoyer l'ensemble des documents à l'adresse suivante :  
**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<sup>e</sup> étage**  
**Québec (Québec) G1S 2L4**

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec Services Québec au 1 (877) 644-4545.

# INFORMATIONS CONCERNANT LA DEMANDE D'INDEMNISATION

## Programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination

(à remplir par le requérant ou son représentant)

*Pour que votre demande soit traitée, veuillez remplir obligatoirement les champs indiqués par un astérisque (\*).*

En remplissant ce formulaire, vous consentez à ce que les informations fournies soient traitées, analysées et conservées par la Direction de la vigie des maladies infectieuses du MSSS. Elles demeureront confidentielles et liées uniquement au traitement du dossier en cours. Votre dossier sera conservé tant que le traitement de la demande est en cours ou que vous recevez une indemnisation. Par la suite, il demeurera actif pendant 1 an suivant la décision du ministre ou tant que le dossier est litigieux (contestation judiciaire).

De plus, ces informations peuvent être conservées de façon désanonymisée à des fins de statistiques.

<b>1.</b>	<b>IDENTITÉ ET COORDONNÉES DE LA PRÉSUMÉE VICTIME</b>	
	*NOM DE FAMILLE :	*PRÉNOM :
	*DATE DE NAISSANCE : (AAAA/MM/JJ)	
	SEXE :            MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/>	ÉTAT CIVIL :
	*NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :	
	*ADRESSE :	
	*MUNICIPALITÉ :	*PROVINCE :
	*CODE POSTAL :	
	*NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA MAISON :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE :
	*ADRESSE COURRIEL :	
	AUTRE MOYEN DE COMMUNICATION (PRÉCISER) :	
<b>2.</b>	<b>IDENTITÉ ET COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ (SI BESOIN)</b>	
<b>N.B.</b>	<i>Ne remplir que si la victime présumée est mineure<sup>1</sup>, décédée<sup>2</sup> ou incapable de s'occuper elle-même de sa demande<sup>1</sup>. Veuillez remplir obligatoirement l'ensemble des champs de cette section.</i>	
	NOM DE FAMILLE :	PRÉNOM :
	SEXE :            MASCULIN <input type="checkbox"/> FÉMININ <input type="checkbox"/>	
	ADRESSE :	
	MUNICIPALITÉ :	PROVINCE :
	CODE POSTAL :	
	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA MAISON :	
	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE CELLULAIRE :	
	ADRESSE COURRIEL :	
	AUTRE (PRÉCISER) :	
	<b>TITRE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ :</b>	
	<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)	
<b>N.B.</b>	<sup>1</sup> Joindre une preuve du droit d'agir à ce titre (exceptés pour le père ou la mère d'un enfant mineur) <sup>2</sup> Joindre une preuve de recherche testamentaire de la chambre des notaires datée après le décès	

<b>3.</b>	<b>*LANGUE DE CORRESPONDANCE</b>			
	<input type="checkbox"/>	FRANÇAIS	<input type="checkbox"/>	ANGLAIS
<b>4.</b>	<b>FAITS PERTINENTS SUR LA VACCINATION (OU IMMUNISATION)</b>			
✓	*Date de la vaccination :			
✓	*Nom du ou des vaccins impliqués :			
✓	*Protection contre la ou les maladies suivantes :			
✓	*Endroit où la vaccination a été administrée (cabinet privé de médecin, CLSC, centre hospitalier ou autre lieu) :			
<b>N.B.</b>	<i>Joindre à ce formulaire une preuve de vaccination (ex. : photocopie de la page du carnet de santé, attestation de vaccination).</i>			
<b>5.</b>	<b>RENSEIGNEMENTS CLÉS SUR LES SYMPTÔMES ET LES CONSULTATIONS MÉDICALES</b>			
✓	*Date de manifestation des signes et symptômes susceptibles d'être liés à cette vaccination :			
✓	*Date de la première consultation médicale :			
	Nom du ou des médecins consultés à ce moment (si connu) :			
	NOM DU MÉDECIN :	LIEU :	TÉL :	
	NOM DU MÉDECIN :	LIEU :	TÉL :	
	NOM DU MÉDECIN :	LIEU :	TÉL. :	
✓	*Identification du ou des centres hospitaliers et cliniques où des soins ont été prodigués après l'immunisation :			
✓	*Énumération des premiers signes et symptômes manifestés après l'immunisation :			
<b>6.</b>	<b>IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT HABITUEL OU DU MÉDECIN DE FAMILLE, S'IL Y A LIEU</b>			
	NOM DU MÉDECIN :			
	HÔPITAL — CLINIQUE :			
	ADRESSE :			
	MUNICIPALITÉ :	PROVINCE :		
	CODE POSTAL :	TÉLÉPHONE :		
<b>7.</b>	<b>*IDENTIFICATION DU MÉDECIN QUI VOUS REPRÉSENTERA SUR LE COMITÉ D'ÉVALUATION</b>			
	*NOM DU MÉDECIN :			

	*HÔPITAL — CLINIQUE :	
	*ADRESSE :	
	*MUNICIPALITÉ :	*PROVINCE :
	*CODE POSTAL :	*TÉLÉPHONE :
<b>8.</b>	<b>COMMENTAIRES :</b>	

*SIGNATURE DE LA VICTIME OU DE SON REPRÉSENTANT :	
<hr/>	
*SIGNATURE	*ANNÉE/MOIS/JOUR



## 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 doit être obligatoirement rempli.*

**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 ou le jour où un lien probable avec la vaccination a été établi.

*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<sup>e</sup> 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>.