

Aperçu des formulaires

Programme pancanadien de soutien aux victimes d'une vaccination

Étape 1 – Pour faire une demande d'indemnisation en vertu du Programme de soutien aux victimes d'une vaccination (PSVV), veuillez remplir tous les formulaires indiqués ci-dessous. Si vous ne soumettez pas tous les formulaires, votre dossier risque de ne pas être examiné.

- ☒ Formulaire 1 – Formulaire d'accueil*
- ☒ Formulaire 2 – Formulaire d'évaluation médicale
- ☒ Preuve de vaccination

* Si vous soumettez la demande au nom d'une autre personne, veuillez remplir, en plus du formulaire 1, l'annexe A intitulée Formulaire à l'intention du représentant autorisé.

Étape 2 – Après la soumission des formulaires de l'étape 1, si ceux-ci sont complets et que la demande répond aux critères d'admissibilité, d'autres renseignements seront demandés afin que la demande d'indemnisation soit évaluée par les experts médicaux.

- Le processus comprend un examen de tous les dossiers médicaux historiques requis et pertinents ainsi que des preuves médicales actuelles afin de déterminer s'il existe un lien probable entre la blessure et le vaccin.
- **Cette documentation sera collectée par PSVV directement auprès des prestataires de soins de santé.**
- S'il existe un lien probable, les experts médicaux évalueront également la gravité et la durée de la blessure. Ces renseignements seront utilisés pour déterminer le type et le niveau d'aide financière accordée à la personne ou à son ou ses survivants.

NE FOURNISSEZ PAS AUCUN DOSSIER MÉDICAL EN PLUS DES DOCUMENTS DEMANDÉS À L'ÉTAPE 1.

Les renseignements personnels demandés dans ces formulaires sont recueillis par l'administrateur du PSVV conformément aux dispositions de la Politique sur la protection des renseignements personnels (disponible à l'adresse www.soutienvictimessvaccination.ca) et sont protégés par celles-ci. L'administrateur du PSVV recueille, traite, stocke et partage des renseignements personnels pour traiter les demandes d'indemnisation. La collection des renseignements personnels est nécessaire pour étayer la demande d'indemnisation soumise.

Veuillez remplir et soumettre les formulaires susmentionnés SEULEMENT si vous répondez aux critères d'admissibilité:

- Blessure grave et permanente;
- Vaccin administré au Canada**;
- Vaccin approuvé par Santé Canada;
- Date de vaccination à compter du 8 décembre 2020.

** Les personnes ayant été vaccinées au Québec doivent se référer au programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination du Québec (<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/indemnisation-des-victimes-vaccination>).

Veuillez envoyer les formulaires remplis, signés et datés à l'administrateur du PSVV par la poste:

Adresse Programme de soutien aux victimes d'une vaccination
postale : 116, rue Albert, bureau 1000
 Ottawa, Ontario
 K1P 5G3

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1-833-489-0839, écrire un courriel à l'adresse: info@soutienvictimessvaccination.ca, ou consulter le site Web: www.soutienvictimessvaccination.ca.

Formulaire d'accueil (Formulaire 1)

Programme pancanadien de soutien aux victimes d'une vaccination

(doit être rempli par la partie lésée ou son représentant autorisé)

Veuillez remplir tous les champs suivants pour les vaccins administrés au Canada à compter du 8 décembre 2020. Si vous représentez une partie lésée ou une personne décédée, mineure ou incapable de se représenter elle-même, veuillez remplir l'annexe A – Formulaire à l'intention du représentant autorisé.

Les personnes ayant été vaccinées au Québec doivent se référer au programme d'indemnisation des victimes d'une vaccination du Québec.
(<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/indemnisation-des-victimes-vaccination>).

1 IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DE LA PERSONNE QUI SOUMET LA DEMANDE D'INDEMNISATION				
Note: Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent.				
Identité de la personne qui soumet la demande d'indemnisation	<input type="checkbox"/> Partie lésée	La personne qui a reçu le vaccin autorisé par Santé Canada et administré au Canada à compter du 8 décembre 2020.		
	<input type="checkbox"/> Bénéficiaire	Le bénéficiaire est la personne qui est jugée admissible et qui recevra le soutien financier au bout du compte. Le bénéficiaire peut être la personne lésée ou, dans le cas où la personne lésée est décédée, un membre de la famille de la personne lésée (ex. : conjoint, enfants, personne à charge, etc.).		
	<input type="checkbox"/> Représentant autorisé	Le représentant autorisé est la personne qui a reçu l'autorisation de remplir la demande d'indemnisation au nom du bénéficiaire ou de la partie lésée. (S'il y a lieu, veuillez remplir l'annexe A).		
Note: Veuillez inscrire les renseignements suivants si vous avez coché SEULEMENT l'option « bénéficiaire ».				
Nom (nom de famille)		Prénom(s)		
Lien avec la partie lésée		Langue de correspondance		
(conjoint, père, mère, enfant, tuteur légal, etc.)		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		
Adresse postale				
Numéro/rue (indiquez n° d'app., s'il y a lieu)	Ville	Prov./terr.	Pays	Code postal
Adresse courriel		Téléphone principal		Téléphone secondaire (s'il y a lieu)
2 IDENTITÉ ET COORDONNÉES DE LA PARTIE LÉSÉE				
Note: Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.				
Nom (nom de famille)		Prénom(s)		
Adresse résidentielle				
Numéro/rue (indiquez n° d'app., s'il y a lieu)	Ville	Prov./terr.	Pays	Code postal
Adresse postale (si elle diffère de l'adresse de la résidence actuelle) <input type="checkbox"/> Cochez s'il s'agit de la même adresse que ci-dessus				
Numéro/rue (indiquez n° d'app., s'il y a lieu)	Ville	Prov./terr.	Pays	Code postal
Adresse courriel		Téléphone principal		Téléphone secondaire (s'il y a lieu)



Lieu de naissance

Ville

Prov./terr. (s'il y a lieu)

Pays

Date de naissance

Sexe

Langue de correspondance

(AAAA-MM-JJ)

☐ Anglais

☐ Français

3 DÉTAILS PERTINENTS CONCERNANT LA BLESSURE LIÉE AU VACCIN

ADMINISTRATION DU VACCIN

Note: Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.

Date de vaccination

Endroit où la vaccination a eu lieu

Province ou territoire où la vaccination a eu lieu

(AAAA-MM-JJ)

(cabinet privé de médecin, hôpital, etc.)

Province ou territoire

Maladie liée au vaccin (par exemple, COVID-19, rougeole, VPH, etc)

Nom (si connu) de la personne qui a administré le vaccin

Nom du fabricant (si connu)

(ex. : Pfizer, GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur etc.)

Date de la première apparition des symptômes

(AAAA-MM-JJ)

PREMIÈRE CONSULTATION MÉDICALE

Note: Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.

Date de la première consultation médicale

(AAAA-MM-JJ)

Endroit de la première consultation médicale

(cabinet privé de médecin, hôpital, etc.)

Nom du professionnel de la santé n° 1

Téléphone principal

CONSULTATION(S) MÉDICALE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S)

Note : Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.

Nom du professionnel de la santé n° 2 (s'il y a lieu)

Endroit

Téléphone principal

(cabinet privé de médecin, hôpital, etc.)

Nom du professionnel de la santé n° 3 (s'il y a lieu)

Endroit

Téléphone principal

(cabinet privé de médecin, hôpital, etc.)

Identification du ou des hôpitaux et cliniques où des soins ont été prodigués après la vaccination :

Description des symptômes des effets indésirables et/ou des blessures à la suite de la vaccination

4 IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT HABITUEL OU DU MÉDECIN DE FAMILLE DE LA PARTIE LÉSÉE**Note: Si la partie lésée n'a aucun médecin traitant habituel ni médecin de famille, passez à la prochaine section.**

Nom du médecin : _____

Nom de l'hôpital ou de la clinique: _____

Adresse

Numéro/rue (indiquez n° d'app., s'il y a lieu)

Ville

Prov./terr.

Pays

Code postal

Coordonnées

Téléphone principal

Téléphone secondaire (s'il y a lieu)

5 COMMENTAIRES**Note: Si vous n'avez aucun commentaire, passez à la prochaine section.**

Commentaires :

Avertissement : Toute déclaration fausse ou trompeuse contenue dans la demande d'indemnisation soumise et dans toute pièce justificative, y compris la dissimulation d'un fait important, pourrait entraîner le refus de traiter la demande d'indemnisation.

En signant ce formulaire, je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, exacts et complets. Je consens également à ce que l'administrateur du Programme de soutien aux victimes d'une vaccination recueille et utilise les renseignements personnels contenus dans ces formulaires. Il s'agit notamment de documents liés à l'emploi ainsi que des documents médicaux, financiers et autres qui sont nécessaires pour étayer et traiter la présente demande d'indemnisation.

Signature de la partie lésée ou de son représentant autorisé

Date

AAAA-MM-JJ

Veillez envoyer les formulaires remplis, signés et datés à l'administrateur du Programme de soutien aux victimes d'une vaccination par la poste :

Adresse Programme de soutien aux victimes d'une vaccination
postale : 116, rue Albert, bureau 1000
Ottawa (Ontario)
K1P 5G3

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1-833-489-0839, écrire un courriel à l'adresse: info@soutienvictimesvaccination.ca, ou consulter le site Web: www.soutienvictimesvaccination.ca

Le Programme de soutien aux victimes d'une vaccination est financé par l'Agence de la santé publique du Canada et mis en œuvre par RCGT Consulting Inc.

ANNEXE A : Formulaire à l'intention du représentant autorisé **Programme pancanadien de soutien aux victimes d'une vaccination**

(doit être rempli par le représentant autorisé de la partie lésée, si applicable)

Ce formulaire n'est nécessaire que si vous représentez une partie lésée, ou une personne décédée, mineure ou incapable de se représenter elle-même. Veuillez remplir tous les champs du formulaire suivant.

- Des pièces justificatives confirmant la nature du lien pourraient être requises.

1 RENSEIGNEMENTS SUR LA PARTIE LÉSÉE				
Note : Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.				
Nom (nom de famille)		Prénom(s)		
Date de naissance		(AAAA-MM-JJ)		
Statut de la partie lésée <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez préciser)				
2 RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT AUTORISÉ				
Note : Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.				
Nom (nom de famille)		Prénom(s)		
Lien avec la partie lésée		Langue de correspondance		
(conjoint, père, mère, enfant, tuteur légal, etc.)		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		
Adresse				
Numéro/rue (indiquez n° d'app., s'il y a lieu)		Ville	Prov./terr.	Pays
Code postal				
Adresse courriel		Téléphone principal		Téléphone secondaire (s'il y a lieu)
3 IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE (SI DIFFÉRENT DE LA PERSONNE LÉSÉE OU DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ)				
Note : Le bénéficiaire est la personne qui est jugée admissible et qui recevra le soutien financier au bout du compte. Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.				
Nom (nom de famille)		Prénom(s)		
Lien avec la partie lésée		Langue de correspondance		
(conjoint, père, mère, enfant, tuteur légal, etc.)		<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		

Avertissement : Toute déclaration fausse ou trompeuse contenue dans la demande d'indemnisation soumise ou dans toute pièce justificative, y compris la dissimulation d'un fait important, pourrait entraîner le refus de traiter la demande d'indemnisation.

En signant ce formulaire, je comprends que le représentant autorisé agira au nom de la partie lésée ou du bénéficiaire pour obtenir et divulguer les renseignements personnels concernant la partie lésée à l'administrateur du Programme de soutien aux victimes d'une vaccination, tel qu'il est requis aux fins de la présente demande d'indemnisation. Il s'agit notamment de documents liés à l'emploi ainsi que des documents médicaux, financiers et autres qui sont nécessaires pour étayer la présente demande d'indemnisation.

Si cette autorisation est annulée ou si un nouveau représentant est choisi, je dois en informer l'administrateur du Programme de soutien aux victimes d'une vaccination.

Signature de la partie lésée (s'il y a lieu)**Date**_____
AAAA-MM-JJ**Signature du représentant autorisé****Date**_____
AAAA-MM-JJ**Signature du bénéficiaire (si différent de la partie lésée ou du représentant autorisé)****Date**_____
AAAA-MM-JJ

Veuillez envoyer les formulaires remplis, signés et datés à l'administrateur du Programme de soutien aux victimes d'une vaccination par la poste :

Adresse Programme de soutien aux victimes d'une vaccination
postale : 116, rue Albert, bureau 1000
 Ottawa, Ontario
 K1P 5G3

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1-833-489-0839, écrire un courriel à l'adresse: info@soutienvictimesvaccination.ca, ou consulter le site Web: www.soutienvictimesvaccination.ca.

Formulaire d'évaluation médicale (Formulaire 2)

Programme de soutien aux victimes d'une vaccination

Le présent formulaire doit être rempli par le médecin qui évalue la partie lésée. Veuillez remplir tous les champs du formulaire suivant.

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN				
Note: Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.				
Nom (nom de famille) du médecin			Prénom(s) du médecin	
Adresse principale (clinique/hôpital/cabinet)				
Numéro/rue (indiquez n° d'app., s'il y a lieu)	Ville	Prov./terr.	Pays	Code postal
Adresse postale (si elle diffère de l'adresse ci-dessus) <input type="checkbox"/> Cochez s'il s'agit de la même adresse que ci-dessus				
Numéro/rue (indiquez n° d'unité, s'il y a lieu)	Ville	Prov./terr.	Pays	Code postal
Adresse courriel	Téléphone principal		Téléphone secondaire	
Numéro du permis d'exercice ou numéro d'immatriculation			Langue de correspondance	
			<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	
2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (PARTIE LÉSÉE)				
Note: Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.				
Nom (nom de famille) du patient			Prénom(s) du patient	
Date de naissance				
(AAAA-MM-JJ)				
3 DÉTAILS PERTINENTS CONCERNANT LA BLESSURE LIÉE AU VACCIN				
Note: Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.				
Date et heure de vaccination	Endroit où la vaccination a eu lieu	Province ou le territoire où la vaccination a eu lieu		
(AAAA-MM-JJ) – (HH:MM – système de 24 h)	(cabinet privé de médecin, hôpital, etc.)	Province ou territoire		
Maladie liée au vaccin (par exemple, COVID-19, rougeole, VPH, etc.)	Nom (si connu) de la personne qui a administré le vaccin			
Numéro de lot (si connu)	Date d'expiration (si connue)	Numéro de dose (1 ^{ère} , 2 ^e , etc.) (si connu)		
	(AAAA-MM-JJ)			
Nom du fabricant (si connu)		Date de la première apparition des symptômes		
(ex. Pfizer, GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur etc.)		(AAAA-MM-JJ)		

Statut du patient: <input type="checkbox"/> Décédé <input type="checkbox"/> Rétabli <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> En convalescence <input type="checkbox"/> Autre	En cas de décès, est-ce qu'une autopsie a été pratiquée? (À remplir si c'est le cas ou inscrire la date future si une autopsie est prévue) (AAAA-MM-JJ)
---	---

Description des effets indésirables et/ou des lésions suivant la vaccination (initiaux et persistants) et diagnostic médical:

Documentation disponible: Instructions – Joignez des copies de TOUS les documents disponibles (y compris les rapports d'imagerie, les rapports de consultations à l'urgence et/ou auprès de spécialistes, l'évaluation des lésions suivant la vaccination, rapport de congé d'hôpital, les notes cliniques, les rapports de laboratoire et les rapports d'autopsie) qui peuvent être pertinentes pour le cas de la partie lésée. Les documents médicaux énumérés ici peuvent être demandés pendant le processus d'évaluation du programme de soutien aux victimes d'une vaccination.

PREMIÈRE CONSULTATION MÉDICALE	
Note: Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.	
Date de la première consultation médicale (AAAA-MM-JJ)	Endroit de la première consultation médicale (cabinet privé de médecin, hôpital, etc.)
Nom du professionnel de la santé n° 1 	Téléphone principal

CONSULTATION(S) MÉDICALE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S)		
Note: Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.		
Nom du professionnel de la santé n° 2	Endroit	Téléphone principal
 	 (cabinet privé de médecin, hôpital, etc.)	
Nom du professionnel de la santé n° 3	Endroit	Téléphone principal
 	 (cabinet privé de médecin, hôpital, etc.)	

Identification du ou des hôpitaux et cliniques où des soins ont été prodigués après la vaccination :

Déclaration de manifestations cliniques inhabituelles (MCI) à la suite d'une immunisation

Si une déclaration MCI à la suite d'une immunisation a été soumise concernant cette blessure, veuillez en inclure une copie avec ce formulaire d'évaluation médicale.

4 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DU PATIENT

Note: Toutes les informations sont obligatoires, sauf indication contraire.

Avez-vous déjà examiné ou traité ce patient avant l'apparition de la blessure et/ou de la maladie possiblement liée à la vaccination?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Existe-t-il des antécédents médicaux pertinents ou un profil cumulatif du patient (PCP)? Cochez « non » si cela ne s'applique pas.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Veuillez remplir le tableau suivant:

Critère	Résultat	Remarques (si oui, veuillez préciser)
Antécédents d'événements semblables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Événements indésirables suivant une immunisation (EISI) (vaccination)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Antécédents d'allergie à un vaccin, un médicament ou un aliment	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Maladie préexistante (30 jours) /congénitale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Antécédents d'hospitalisation motivée au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Le patient prend-il des médicaments concomitants actuellement? (Si oui, indiquez nom du médicament, indications, doses et dates de traitement.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	
Antécédents familiaux de maladie (liée aux EISI) ou d'allergie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	

Dans le cas d'une femme :

Enceinte à l'heure actuelle? ☐ Oui (précisez le nombre mois) _____ ☐ Non ☐ Inconnu

Allaitement? ☐ Oui ☐ Non

Dans le cas d'un nourrisson:

Naissance: ☐ À terme ☐ Prématuré ☐ Après terme Poids à la naissance : _____ (lb), _____ (oz)

Accouchement: ☐ Normal ☐ Césarienne ☐ Assisté (forceps, ventouse, etc.) ☐ Complications (précisez): _____

Commentaires supplémentaires

NOTE - Les détails concernant les effets indésirables et/ou les blessures suivant la vaccination doivent être inscrits ci-dessus; il n'est pas nécessaire de les inscrire ici.

5 COMMENTAIRES

Note: Si vous n'avez aucun commentaire, passez à la prochaine section.

Commentaires:

Avertissement : Toute déclaration fausse ou trompeuse contenue dans la demande d'indemnisation soumise et dans toute pièce justificative, y compris la dissimulation d'un fait important, pourrait entraîner le refus de traiter la demande d'indemnisation.

En signant ce formulaire, je déclare que tous les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, exacts.

Signature du médecin

Signature du médecin

Date (AAAA-MM-JJ)

Veillez envoyer les formulaires remplis, signés et datés à l'administrateur du Programme de soutien aux victimes d'une vaccination par la poste:

Adresse Programme de soutien aux victimes d'une vaccination
postale: 116, rue Albert, bureau 1000
 Ottawa, Ontario
 K1P 5G3

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez composer le 1-833-489-0839, écrire un courriel à l'adresse info@soutienvictimesvaccination.ca, ou consulter le site Web www.soutienvictimesvaccination.ca.