

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

auprès de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)  
**Contaminations transfusionnelles par le VIH, VHC, VHB et HTLV**

### Etat civil de la victime

*A remplir dans tous les cas (quel que soit le demandeur)*

Mme

M

Nom de naissance : .....

Nom marital ou nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Date de naissance :

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphones : ..... // .....

Adresse électronique : .....

### Organisme de sécurité sociale

Nom de l'organisme : .....

Adresse de l'organisme : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° de sécurité sociale : .....

### Si vous avez une protection complémentaire santé (mutuelle, compagnie d'assurance, ...)

Nom de la société : .....

Adresse de la société : .....

Code postal : ..... Commune : .....

N° de contrat : .....

### Situation au moment du dommage

emploi salarié, activité libérale

Précisez la profession :  
 .....

recherche d'emploi

étudiant, élève

retraité

maladie longue durée, invalidité

autres, précisez : .....

### Situation actuelle (s'il y a lieu)

emploi salarié, activité libérale

Précisez la profession :  
 .....

recherche d'emploi

étudiant, élève

retraité

maladie longue durée, invalidité

autres, précisez : .....

## Etat civil du demandeur

*s'il n'est pas lui-même la victime*

**Rappel :** Si vous êtes amené à remplir d'un des deux cadres suivants, en qualité d'ayant droit ou de représentant de la victime, vous devez également fournir les informations relatives à cette victime et remplir par conséquent le cadre de la page 1.

**Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes :**  **ayant droit d'une victime décédée<sup>1</sup>**  
 **proche d'un victime non décédée<sup>2</sup>**

**Mme**

**M**

Nom de naissance : .....

Nom marital ou nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Lien avec la victime : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphones : ..... // .....

Adresse électronique : .....

**Si la victime est décédée, date du décès :** .....

**Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes :**  **représentant légal d'une victime<sup>3</sup>**  
 **représentant légal d'un ayant droit<sup>3</sup>**

**Mme**

**M**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphones : ..... // .....

Adresse électronique : .....

**Remarque :** Si vous êtes plusieurs demandeurs (victime directe et proches de celle-ci), chaque demandeur doit remplir un formulaire.

<sup>1</sup> Par exemples : enfant, conjoint, héritier d'une personne décédée, ...

<sup>2</sup> Le proche d'une victime ne peut saisir l'ONIAM que si la victime, elle-même ou son représentant légal, a saisi l'office

<sup>3</sup> Par exemples : parent d'un mineur, tuteur d'un majeur protégé, ...

## Demande d'indemnisation concernant

Une ou plusieurs cases à cocher :

VHC

VIH

VHB

HTLV

### Transfusion(s) de produits sanguins ou injection(s) de médicaments dérivés du sang

#### Concernant l'hémophilie et les autres pathologies hémorragiques :

Nature et type de pathologie : ..... Intensité de la pathologie : .....

Dates des injections (si connues) : .....

Lieux des injections (si connus) : .....

*Pour compléter ces informations, vous êtes invité à communiquer copie du carnet d'hémophile ou de tout document ou certificat médical attestant de votre pathologie.*

#### Concernant les autres pathologies ayant nécessité un (ou des) transfusion(s) :

Motif(s) de la (ou des) transfusion(s) : .....

Transfusions						
Dates						
Lieux						

### Coordonnées du (ou des) médecin(s) en charge du suivi

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Nom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

### Suivi médical (uniquement hépatite C)

Avez-vous bénéficié d'un traitement de votre infection VHC ?  oui  non

Si oui, date du dernier traitement : du ..... au .....

en cours depuis le .....

Résultats des traitements :  réponse virale prolongée<sup>4</sup> depuis le .....

virus toujours détectable<sup>4</sup> à ce jour

### Suivi médical (uniquement hépatite B)

Présence dans le sang de l'AgHbs ?  oui  non

Si non, date de la dernière positivité AgHbs : .....

### Dommages et préjudices

#### Quels sont les dommages et les préjudices subis en lien avec votre (vos) contamination(s) :

(doivent être résumés, ci-dessous ou sur papier libre, les dommages et préjudices personnels et/ou économiques de la victime directe de la contamination, ainsi que, le cas échéant, les préjudices personnels et/ou économiques subis par ses proches).

.....

.....

.....

.....

<sup>4</sup> Cf glossaire dans la fiche pratique (bas de la page 1) jointe au formulaire

