

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATION

auprès de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM)  
**Domages causés par le Valproate de sodium ou par l'un de ses dérivés**

### Etat civil de la victime directe

*(personne physique née d'une mère ayant été soignée  
 par du Valproate de sodium ou par l'un de ses dérivés, pendant sa grossesse)*

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 scolaire ou professionnelle : .....

Situation familiale : .....

Bénéficiez-vous d'une aide humaine ou matérielle ?  oui  non

Si oui, précisez : .....

Avez-vous déposé un dossier auprès de la MDPH ?  oui  non

**Un (plusieurs) autre(s) membre(s) de votre famille a-t-il (ont-ils) déposé un dossier de demande d'indemnisation**  oui  non

Si oui, précisez le(s) prénom(s) et nom(s) : .....

## 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.

### A/ Vous devez remplir le (les) cadre(s) suivant(s) si la victime directe est mineure et que vous exercez l'autorité parentale :

<input type="checkbox"/> Mme Nom de naissance : ..... Nom marital ou d'usage : ..... Prénoms : ..... Date de naissance : ..... Lien avec la victime : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Commune : ..... Pays : ..... Téléphone : ..... Adresse électronique : ..... Souhaitez-vous également agir en votre nom propre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui, vous devez remplir et joindre le formulaire « autre victime ».</i>	<input type="checkbox"/> M Nom de naissance : ..... Nom marital ou d'usage : ..... Prénoms : ..... Date de naissance : ..... Lien avec la victime : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Commune : ..... Pays : ..... Téléphone : ..... Adresse électronique : ..... Souhaitez-vous également agir en votre nom propre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui, vous devez remplir et joindre le formulaire « autre victime ».</i>
--	--

### B/ Vous devez remplir le cadre suivant si la victime directe est un majeur protégé et que vous êtes son représentant légal :

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M Nom de naissance : ..... Nom marital ou d'usage : ..... Prénoms : ..... Date de naissance : ..... Lien avec la victime : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Commune : ..... Pays : ..... Téléphone : ..... Adresse électronique : ..... Souhaitez-vous également agir en votre nom propre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui, vous devez remplir et joindre le formulaire « autre victime ».</i>	<input type="checkbox"/> Autre Dénomination : ..... Lien avec la victime : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Commune : ..... Pays : ..... Téléphone : ..... Adresse électronique : .....
---	--

### C/ Vous devez remplir le cadre suivant si la victime directe est décédée et que vous êtes héritier au titre de l'action successorale : Si vous êtes plusieurs héritiers, vous pouvez reproduire cette page ou mentionner ces mêmes informations sur papier libre.

<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M Nom de naissance : ..... Nom marital ou nom d'usage : ..... Prénoms : ..... Date de naissance : ..... Lieu de naissance : ..... Adresse : ..... Code postal : ..... Commune : ..... Téléphones : ..... // ..... Adresse électronique : ..... <b>Date du décès :</b> ..... Souhaitez-vous également agir en votre nom propre ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>Si oui, vous devez remplir et joindre le formulaire « autre victime ».</i>
--

## Médicament(s) prescrit(s) et période de grossesse

(Informations indispensables)

Article L. 1142-24 du code de la santé publique : « (...) la demande précise le nom des médicaments qui ont été administrés »

Quelle est la période de grossesse concernée ? .....

**Quel(s) est (sont) le(s) médicament(s) administré(s) au cours de la grossesse que vous estimez être à l'origine du dommage ?**

Nom du médicament : .....

Laboratoire (si connu) : .....

Nom du prescripteur : .....

Adresse du prescripteur (si connue) : .....

Date(s) de prescription ou période(s) de prise de ce médicament : .....

.....

Nom du médicament : .....

Laboratoire (si connu) : .....

Nom du prescripteur : .....

Adresse du prescripteur (si connue) : .....

Date(s) de prescription ou période(s) de prise de ce médicament : .....

.....

## Autres procédures en cours

Attention : L'article R 1142-63-24 du code de la santé publique dispose que : « La personne informe le collège des procédures juridictionnelles relatives aux mêmes faits éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, la personne informe le juge de la saisine de l'office ».

Par conséquent, vous devez impérativement remplir le cadre ci-dessous (même si l'action en justice est terminée)

**Une des actions ci-dessous a-t-elle été engagée ?**

**demande d'indemnisation amiable**

Si oui, auprès de qui ? .....

Et par qui ? .....

**action en justice**

Si oui, à quelle date ? ..... Devant quelle juridiction ? .....

Par qui ? .....

Contre qui ? .....

L'action en justice est-elle terminée ?  oui  non

## Dommages et préjudices

*Selon l'article L. 1142-24-10 du code de la santé publique, « toute personne s'estimant victime d'un préjudice à raison d'une ou plusieurs malformations ou de troubles du développement imputables à la prescription avant le 31 décembre 2015 de Valproate de sodium ou de l'un de ses dérivés pendant une grossesse, ou le cas échéant, son représentant légal ou ses ayants-droits, peut saisir l'ONIAM en vue d'obtenir la reconnaissance de l'imputabilité de ces dommages à la prescription.*

### Quels sont les dommages et les préjudices subis en lien avec la prise du (des) médicament(s) :

(doivent être résumés les dommages de la victime directe et notamment la nature des malformations et des troubles du développement allégués ainsi que les conséquences de ces troubles sur la vie quotidienne de la victime directe)

Etes-vous représenté ou assisté (par un avocat, médecin conseil, association, ...) ?  oui  non

Si oui, par qui ? .....

Adresse : .....

Date : .....

Nom du signataire :

Prénom du signataire :

Signature<sup>1</sup> :

**Important** : Vous venez de remplir votre formulaire. Pour que votre dossier soit recevable, vous devez fournir les pièces justificatives indiquées dans la liste des pièces ci-jointe.

Adressez votre dossier par tout moyen permettant d'attester de la date de son envoi à l'ONIAM (service Valproate de sodium) ou déposez-le au secrétariat du service Valproate de sodium de l'ONIAM contre récépissé :

ONIAM - 1, place Aimé Césaire - CS 80011 - 93102 MONTREUIL CEDEX

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ONIAM pour assurer le traitement de votre demande d'indemnisation. La base légale du traitement est l'article L. 1142-24-10 du code de la santé publique. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : ONIAM, médecins experts.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données : dpo@oniam.fr.*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.*

<sup>1</sup> La signature est celle de la victime directe, de son représentant légal si la victime est mineur ou majeur protégé ou de son héritier en cas de décès.