

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 |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| // |__||__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__|

Si vous avez une adresse électronique@.....

Organisme de sécurité sociale

Nom de l'organisme

Adresse de l'organisme

Code postal |__||__||__||__||__| Commune

Numéro de sécurité sociale |__| |__||__| |__||__| |__||__| |__||__||__| |__||__||__| |__||__|

Si vous avez une protection complémentaire santé (mutuelle, compagnie d'assurances...) indiquez

Nom de la société

Adresse de la société

Code postal |__||__||__||__||__| Commune

Numéro de contrat le cas échéant

Situation au moment du dommage

emploi salarié, activité libérale
précisez la profession

en 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

en 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 l'un des deux cadres suivants, en qualité d'ayant droit ou de représentant légal 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 (1)
- proche d'une victime non décédée (2)

<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.
Nom de naissance	
Nom marital ou nom d'usage.....	
Prénoms	
Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Lieu de naissance	
Lien avec la victime	
Adresse	
Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune	
Téléphones <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> // <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Si vous avez une adresse électronique@.....	
Si la victime est décédée, précisez la date du décès <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

(1) Par exemple, enfant, conjoint, héritier d'une personne décédée

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

Vous devez remplir le cadre suivant si vous êtes - le représentant légal (3) d'une victime
- le représentant légal (3) d'un ayant-droit

<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.
Nom	
Prénom	
Adresse	
Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune	
Téléphones : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> // <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Si vous avez une adresse électronique@.....	

(3) Par exemple, parent d'un mineur, tuteur d'un majeur protégé, etc.

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

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 une (ou des) transfusion(s) :

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

Transfusions						
Dates						
Lieux						

Précisez les coordonnées du (ou des) médecin(s) en charge de votre 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(4) depuis le

Virus toujours détectable(4) à ce jour

(4) Cf. Glossaire dans la fiche pratique (bas de page 1) jointe au formulaire

Suivi médical (uniquement hépatite B)

Présence dans le sang de l'AgHbs ? Oui Non

Si non, date de la dernière positivité AgHbs:

(4) Cf. Glossaire dans la fiche pratique (bas de page 1) jointe au formulaire

DOMMAGES ET PREJUDICES

Quels sont les dommages et les préjudices subis en lien avec votre contamination / vos contaminations ?

(doivent être résumés ici les dommages et les 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)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous engagé (pour vous-même ou pour la victime) une action en justice en vue d'une indemnisation ?

OUI NON

Si oui, à quelle date ? Devant quelle juridiction ?

La présente saisine s'inscrit-elle dans le cadre d'un **sursis à statuer** (5) ?

OUI NON

Si oui, date de l'ordonnance de sursis : Devant quelle juridiction ?

La (ou les) transfusions(s) a (ont)-t-elle(s) été rendues nécessaires par un accident avec un **tiers responsable** ?

OUI NON

Si oui, de quelle nature ?

Accident de la voie publique

Acte de violences

Accident du travail

Autre, précisez :

Précisez les circonstances de l'accident :

Avez-vous bénéficié d'une indemnisation à ce titre ?

OUI NON

Si oui, précisez les nom et coordonnées du (ou des) tier(s) responsable(s) et de son (ou leur) éventuel(s) assureur(s) :

Tiers responsable : Identité : Coordonnées :

Assureur éventuel : Identité : Coordonnées :

Avez-vous saisi l'**Etablissement français du sang** d'une demande d'indemnisation ?

OUI NON

Si oui, avez-vous perçu une indemnisation ? OUI Précisez le montant : NON

Remplir les 2 champs suivants qu'en cas de contamination par le VIH :

Avez-vous bénéficié d'une indemnisation par le (ou les) **fonds de solidarité des hémophiles** ?

OUI NON

Si oui, précisez le montant :

Avez-vous saisi **le fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles** d'une demande d'indemnisation (FITH) ?

OUI NON

Si oui, avez-vous perçu une indemnisation ? OUI Précisez le montant : NON

Date :

Signature (6)

Nom du signataire :

Prénom du signataire :

Important : Vous venez de remplir votre formulaire. Pour que votre dossier soit complet, vous devez fournir de plus les pièces justificatives indiquées dans la fiche pratique ci-jointe.

Adressez votre dossier (par lettre recommandée avec accusé de réception) à l'ONIAM (services des transfusés et hémophiles) ou déposez-le au secrétariat du service missions spécifiques de l'ONIAM contre récépissé.

(5) Pour une définition des situations de sursis à statuer, merci de vous en référer à la fiche pratique jointe au présent formulaire (VHC, VHB, HTLV)

(6) La signature est celle du demandeur, ou de son représentant légal si le demandeur est un mineur ou un majeur protégé.

Certaines des informations contenues dans le présent document sont destinées aux fichiers de l'ONIAM ; le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de l'ONIAM -

Tour Altaïs - 1 place Aimé Césaire - CS 80011 - 93102 MONTREUIL Cedex (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978).