



## Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination Formulaire d'antécédents médicaux

### Avis de confidentialité

Le Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination (PAIV) est administré par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) avec le soutien de Service Canada, qui fait partie d'Emploi et Développement social Canada (EDSC), en vertu d'une entente avec l'ASPC.

### Pouvoirs

La collecte de vos renseignements personnels est autorisée par l'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Santé*, l'article 3 de la *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* et le paragraphe 34.1(1) de la *Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social*. La collecte, l'utilisation, la divulgation, la conservation et l'élimination de vos renseignements personnels sont régies par la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et toute autre loi applicable régissant la protection de vos renseignements personnels, par l'ASPC.

### Objet de la collecte

L'ASPC recueille vos renseignements personnels pour vérifier que le demandeur est un patient dont vous vous occupez, et afin de pouvoir vous contacter si vous avez des questions supplémentaires en ce qui concerne les renseignements que vous avez fournis sur le demandeur dans le présent formulaire. Vos renseignements personnels peuvent être recueillis, utilisés et/ou divulgués à n'importe quel stade du processus de demande d'indemnisation.

### Utilisation et partage de vos renseignements

Vos renseignements personnels seront utilisés et divulgués conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. L'ASPC échangera vos renseignements personnels avec Service Canada; Service Canada traite les demandes et les appels relatifs au PSVV et fournit des services d'examen en vertu d'une entente avec l'ASPC.

### Refus de fournir les renseignements demandés

Si vous refusez de fournir une partie ou la totalité des renseignements personnels requis, il se pourrait que l'ASPC et Service Canada n'acceptent pas les renseignements fournis au sujet du demandeur ou qu'ils les acceptent en partie seulement. Si vous choisissez de ne pas fournir une partie ou la totalité des renseignements personnels jugés nécessaires, il se pourrait que l'ASPC et Service Canada ne soient pas en mesure de traiter votre demande, ou que le traitement de votre demande soit retardé. Il se pourrait alors que le demandeur ne puisse pas bénéficier d'un soutien financier dans le cadre du PAIV.

### Vos droits et comment nous contacter

Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels et d'en demander la correction et/ou l'annotation. Pour toute question relative à la protection des renseignements personnels, vous pouvez contacter Service Canada au 1-833-489-0839.

Si vous n'avez pas été en mesure de résoudre un problème de protection des renseignements personnels auprès de nous, vous pouvez déposer une plainte officielle auprès du Commissaire à la

protection de la vie privée du Canada en ce qui concerne la façon dont l'ASPC a traité vos renseignements personnels.

Pour plus d'information, consultez [priv.gc.ca/fr/signaler-un-probleme/](http://priv.gc.ca/fr/signaler-un-probleme/) ou appelez au 1-800-282-1376.

### **Renseignements supplémentaires**

La collecte de vos renseignements personnels est décrite dans la page web Info Source – Accès à l'information et protection des renseignements personnels à [canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/acces-a-information-protection-renseignements-personnels/info-source-renseignements-gouvernement-federal-fonctionnaires-federaux.html](http://canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/acces-a-information-protection-renseignements-personnels/info-source-renseignements-gouvernement-federal-fonctionnaires-federaux.html). Vous pouvez vous référer aux fichiers de renseignements personnels (FRP) ASPC PPU 318 – Programme de soutien aux victimes d'une vaccination, et au FRP d'EDSC portant le même titre (en voie d'élaboration).

### **Modifications du présent avis**

Cet avis de confidentialité peut être mis à jour périodiquement à la discrétion de l'ASPC et d'EDSC, afin de refléter les changements concernant la législation, les politiques ou les programmes.

Consultez la page Web du Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination (PAIV) pour connaître l'ensemble de la politique d'admissibilité du programme à [canada.ca/assistance-incidents-vaccination](http://canada.ca/assistance-incidents-vaccination).

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est seule responsable de l'évaluation des demandes de soutien présentées dans le cadre du PAIV conformément aux politiques du programme.

## Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination Formulaire d'antécédents médicaux

### Instructions:

Ce formulaire doit être rempli par le professionnel de première ligne du demandeur. Si le demandeur n'a pas de professionnel de soins de santé primaires, il peut devoir se rendre dans une clinique sans rendez-vous.

Votre patient demande un soutien financier dans le cadre du Programme d'assistance en cas d'incidents liés à la vaccination (PAIV). Ce formulaire permettra de déterminer son admissibilité dans le cadre de ce programme. Si vous avez des renseignements supplémentaires qui ne peuvent pas être inscrits dans le formulaire, veuillez les fournir sur une page séparée et les joindre au formulaire du PAIV. Indiquez le nom du patient et le numéro de section correspondant, ainsi que votre nom et votre signature, sur chaque page supplémentaire.

Remplissez ce formulaire électroniquement ou imprimez-le et remplissez-le à l'encre noire ou bleu foncé.

**Tous les champs indiqués par un astérisque (\*) sont obligatoires.**

Section 1: Renseignements du patient			
*Nom de famille			
Prénom(s)			
*Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
Section 2: Renseignements sur le professionnel de la santé			
*Nom de famille			
Prénom(s)			
*Numéro de licence médicale ou numéro de permis d'exercice et organisme de délivrance			
*Spécialité médicale			
Section 3: Coordonnées sur le professionnel de la santé			
*Adresse		Numéro de cabinet, d'unité ou de local	
*Ville	*Province, territoire ou état	*Pays	
*Code postal	*Courriel		
*Numéro téléphone principal (incl. l'indicatif régional)		Numéro de téléphone secondaire (incl. l'indicatif régional)	

#### Section 4: Autre(s) professionnel(s) de la santé

D'autres professionnels de la santé ont-ils participé à la prise en charge de la condition médicale du patient dans le cadre de cette demande?

- Oui (veuillez remplir la section ci-dessous)  
 Non (passez à la section 5)

##### 4.1 Tout autre professionnel de la santé ayant fourni des soins

\*Nom de famille du professionnel de la santé supplémentaire ayant fourni des soins.

\*Prénom(s) du professionnel de la santé supplémentaire ayant fourni des soins.

\*Spécialité du professionnel de la santé supplémentaire ayant fourni des soins.

\*Ville

\*Province, territoire ou état

\*Pays

Dates à laquelle le professionnel de la santé a participé aux soins du patient (AAAA-MM-JJ)

##### 4.2 Tout autre professionnel de la santé ayant fourni des soins

\*Nom de famille du professionnel de la santé supplémentaire ayant fourni des soins.

\*Prénom(s) du professionnel de la santé supplémentaire ayant fourni des soins.

\*Spécialité du professionnel de la santé supplémentaire ayant fourni des soins.

\*Ville

\*Province, territoire ou état

\*Pays

Dates à laquelle le professionnel de la santé a participé aux soins du patient (AAAA-MM-JJ)

##### 4.3 Tout autre professionnel de la santé ayant fourni des soins

\*Nom de famille du professionnel de la santé supplémentaire ayant fourni des soins.

\*Prénom(s) du professionnel de la santé supplémentaire ayant fourni des soins.

\*Spécialité du professionnel de la santé supplémentaire ayant fourni des soins.

\*Ville

\*Province, territory or state

\*Pays

Dates à laquelle le professionnel de la santé a participé aux soins du patient (AAAA-MM-JJ)

Pour inclure des professionnels de la santé supplémentaires, fournir les renseignements requis sur une page séparée et joindre celle-ci à la demande du PAIV. Consultez les instructions à la page 3.



**Section 5: Détails concernant la vaccination**

(Cette section recueille des renseignements sur le vaccin administré en lien avec la demande présentée par le patient dans le cadre du PAIV.)

*Date de la vaccination (AAAA-MM-JJ)		*Province ou territoire où la vaccination a eu lieu	
*Nom du vaccin ou de la maladie (sélectionnez toutes les options applicables)			
ABRYSVO <sup>MD</sup> ACAM2000 <sup>MD</sup> Act-HIB <sup>MD</sup> ADACEL <sup>MD</sup> ADACEL <sup>MD</sup> -POLIO AFLURIA <sup>MD</sup> AGRIFLU <sup>MD</sup> AREPANRIX <sup>MD</sup> H5N1 AREXVY <sup>MD</sup> AVAXIM <sup>MD</sup> BEXSERO <sup>MD</sup> BEYFORTUS <sup>MD</sup> BioThrax <sup>MD</sup> BOOSTRIX <sup>MD</sup> BOOSTRIX <sup>MD</sup> -POLIO CAPVAXIVE <sup>MD</sup> CERVARIX <sup>MD</sup> Charbon Chikungunya Choléra COMIRNATY <sup>MD</sup> COVID-19 COVIFENZ <sup>MD</sup> COVISHIELD <sup>MD</sup> Cytomégalovirus Diarrhée du voyageur Diphtérie Diphtérie, tétanos, coqueluche et poliomyélite Diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et infection à Haemophilus influenzae Diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, poliomyélite et Haemophilus influenzae dT <sup>MD</sup> dT-Polio <sup>MD</sup>	dcaT dcaT-Polio DUKORAL <sup>MD</sup> E.coli Encéphalite japonaise Encéphalite à tiques Engerix B <sup>MD</sup> Epaxal <sup>MD</sup> Berna ERVEBO <sup>MD</sup> Fièvre jaune FLUAD <sup>MD</sup> FLUCELVAX <sup>MD</sup> FLULAVAL <sup>MD</sup> FluMist <sup>MD</sup> FLUVIRAL <sup>MD</sup> FLUZONE <sup>MD</sup> FOCLIVIA <sup>MD</sup> FSME-IMMUN <sup>MD</sup> GARDASIL <sup>MD</sup> La grippe Haemophilus influenzae Hépatite A Hépatite B Hépatite A et typhoïde Herpès zoster Hiberix <sup>MD</sup> IMOVAX POLIO <sup>MD</sup> Imovax Rage IMVAMUNE <sup>MD</sup> INFANRIX <sup>MD</sup> INFLUVAC <sup>MD</sup> Intanza <sup>MD</sup> IXCHIQ <sup>MD</sup> IXIARO <sup>MD</sup> JCOVDEN <sup>MD</sup> Maladie à virus Ebola Menactra <sup>MD</sup> Meningitec <sup>MD</sup>	Maladie à méningocoques Maladie pneumococcique MENJUGATE <sup>MD</sup> MENOMUNE <sup>MD</sup> MenQuadfi <sup>MD</sup> MENVEO <sup>MD</sup> mNEXSPIKE <sup>MD</sup> Mpox mRESVIA <sup>MD</sup> NeisVac-C <sup>MD</sup> Nimenrix <sup>MD</sup> NUVAXOVID <sup>MD</sup> PEDIACEL <sup>MD</sup> PedvaxHIB <sup>MD</sup> PENTACEL <sup>MD</sup> Pneumo <sup>MD</sup> 23 Pneumovax <sup>MD</sup> Poliomyélite PREHEVBRIO <sup>MD</sup> Pevnar <sup>MD</sup> Priorix <sup>MD</sup> ProQuad <sup>MD</sup> QUADRACEL <sup>MD</sup> RabAvert <sup>MD</sup> Rage RECOMBIVAX HB <sup>MD</sup> ROTARIX <sup>MD</sup> RotaTeq <sup>MD</sup> Rotavirus Rougeole, oreillons et rubéole Rougeole, oreillons, rubéole et varicelle [RRO] M-M-R <sup>MD</sup> [RRO] M-M- RVAXPRO <sup>MD</sup> Shingrix <sup>MD</sup> Spikevax <sup>MD</sup> Supemtek <sup>MD</sup>	SYNAGIS <sup>MD</sup> SYNFLORIX <sup>MD</sup> Tétanos Tétanos et diphtérie Tétanos, diphtérie et coqueluche TRIPACEL <sup>MD</sup> Trumenba <sup>MD</sup> Twinrix <sup>MD</sup> TYPHERIX <sup>MD</sup> TYPHIM <sup>MD</sup> Typhoïde VAQTA <sup>MD</sup> Varicelle VARILRIX <sup>MD</sup> Variole VARIVAX <sup>MD</sup> VAXCHORA <sup>MD</sup> Vaxigrip <sup>MD</sup> VAXNEUVANCE <sup>MD</sup> VAXZEVRIA <sup>MD</sup> Virus du papillome humain Virus respiratoire syncytial (VRS) VIVAXIM <sup>MD</sup> Vivotif <sup>MD</sup> YF-VAX <sup>MD</sup> Zona ZOSTAVAX <sup>MD</sup> Autre (veuillez préciser) :

**Section 6: Détails de la condition médicale liée à la demande**

(Les réponses devraient se limiter aux renseignements pertinents du point de vue médical et nécessaires en vue de l'examen de la demande en vertu du PAIV.)

\*À quel moment les symptômes du patient sont-ils apparus pour la première fois après la vaccination? (AAAA-MM-JJ)

\*À quelle date le patient s'est-il présenté à votre cabinet pour la première fois avec des symptômes liés à cette demande? (AAAA-MM-JJ)

\*Quelle est la condition médicale ou le diagnostic à cette demande?

En tant que professionnel de la santé, à quel moment avez-vous suspecté pour la première fois un lien entre les symptômes et la vaccination? (AAAA-MM-JJ)

\*Quel est l'état de santé actuel du patient? (sélectionnez une option)

- Rétabli
- En voie de rétablissement
- Stable
- Inconnu
- En détérioration
- Décédé
- Autre (précisez) \_\_\_\_\_

\*Décrivez la blessure grave et permanente, l'état de santé ou l'événement lié à cette demande.

**Permanent** : Une affection médicale est considérée comme permanente lorsque les examens et les connaissances médicales reconnues n'indiquent aucune amélioration significative prévisible de l'état de santé de la personne.

**Grave** : Une affection médicale mettant la vie en danger ou modifiant le cours de la vie, nécessitant une hospitalisation ou prolongeant une hospitalisation existante, et entraînant une invalidité ou une incapacité persistante ou importante. Elle peut également être une affection dont l'issue est une malformation congénitale ou le décès.

**Section 7: Antécédents médicaux du patient**

\*Avez-vous examiné ou traité ce patient avant le diagnostic médical lié à cette demande?  
(sélectionnez une option)

- Oui
- Non

\*Avez-vous connaissance de blessures ou de conditions préexistantes susceptibles d'influencer l'évolution du diagnostic du patient? (sélectionnez une option)

- Oui
- Non

Si « Oui », précisez les blessures ou conditions préexistantes et expliquez comment elles pourraient influencer l'évolution du diagnostic du demandeur.

\*Indiquez les médicaments pris par le patient au moment de la vaccination.  
Indiquez « Sans objet » (S.O.) en l'absence de médicaments.

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

\*Indiquez tous les médicaments arrêtés.  
Indiquez « Sans objet » (S.O.) en l'absence de médicaments.

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

\*Indiquez tous les nouveaux médicaments.  
Indiquez « Sans objet » (S.O.) en l'absence de médicaments.

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

### **Section 8: Renseignements supplémentaires**

Veillez fournir tout renseignement supplémentaire non couvert par ce formulaire, pouvant être utile à l'examen de la demande en vertu du PAIV.

### **Signature du professionnel de la santé (obligatoire)**

\*Signature du professionnel de la santé \_\_\_\_\_

\*Nom du professionnel de la santé \_\_\_\_\_

\*Date de la signature (AAAA-MM-JJ) \_\_\_\_\_