

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNISATIONauprès de l'office national d'indemnisation des
accidents médicaux (ONIAM)**DOMMAGES CAUSES PAR LE VALPROATE DE SODIUM OU PAR L'UN
DE SES DERIVES****ETAT CIVIL DE LA VICTIME DIRECTE**(Personne physique née d'une mère ayant été soignée par du valproate de sodium ou l'un de ses
dérivés pendant sa grossesse) Mme M.

Nom de naissance

Nom marital ou nom d'usage

Prénom

Date de naissance |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Lieu de naissance

Adresse

Code postal |_|_|_|_|_| Commune

Pays :

Téléphones |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| // |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

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...):

Nom de la société

Adresse de la société

Code postal |_|_|_|_|_| Commune

Numéro 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 le(s) nom(s):

**ETAT CIVIL DU DEMANDEUR
s'il n'est pas lui-même la victime directe**

Rappel : Si vous êtes amené à remplir l'un des cadres suivants, en qualité de représentant légal ou d'héritier de la victime directe, vous devez également fournir les informations relatives à celle-ci et remplir par conséquent le cadre de la page 1

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

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

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

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 soit reproduire cette page, soit mentionner ces mêmes informations sur papier libre

<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> M.
Nom de naissance	
Nom marital ou nom d'usage	
Prénom	
Date de naissance _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Lien avec la victime directe	
Code postal _ _ _ _ _	Commune
Pays :	
Téléphones _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ // _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Adresse électronique	
Date du décès _ _ _ _ _ _ _ _ _	
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>	

MEDICAMENT(S) PRESCRIT(S) ET PERIODE DE GROSSESSE (Informations indispensables)

Article L.1142-24-10 du code de la santé publique : " (...) La demande précise le nom des médicaments qui ont été administrés "

Quelle est la période de la grossesse concernée ?

Quel est / quels 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 déjà été engagée?

► **demande d'indemnisation amiable ?** OUI NON Auprès de qui ?.....

Par qui ?

Si oui, avez-vous perçu une indemnisation ? OUI NON

► **une action en justice ?** OUI NON

Si oui, à quelle date ? |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_| Devant quelle juridiction ?

Par qui ?

Contre qui ?

L'action en justice est-elle terminée ? OUI NON

