

**ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE
MARCHÉ DU COVAX
FORMULAIRE RELATIF AUX PIÈCES JUSTIFICATIVES**

**INSTRUCTIONS / REMARQUES IMPORTANTES POUR LES DEMANDEURS ET LES PROFESSIONNELS DE
LA SANTÉ AGRÉÉS :**

1. Définitions : pour connaître la signification des termes utilisés dans ce Formulaire, comme « Déposant », « Dommage », « Vaccin », « Economies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie du marché » ; « Professionnel de santé agréé », « Patient », etc., veuillez consulter les Définitions du Programme, disponibles à www.covaxclaims.com.

2. Quand et comment utiliser ce Formulaire : Ce Formulaire relatif aux Pièces justificatives doit être complété par un ou plusieurs Professionnels de la santé agréés¹, et non par le Déposant. Ce Formulaire doit être utilisé pour fournir les preuves médicales requises à la Section 8(a) du Formulaire de Demande (Annexe 2 du Protocole du Programme). Un Déposant peut soumettre une Demande de compensation dans le cadre du Programme s'il (ou la personne qu'il représente) a subi un Dommage à la suite de l'administration d'un Vaccin dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie du marché du COVAX. Pour savoir quelles sont les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie du marché du COVAX couvertes par le Programme, veuillez-vous référer à la liste figurant à la question 5 des Questions fréquemment posées du Programme (disponible à l'adresse www.covaxclaims.com). Pour déposer une Demande de compensation dans le cadre du Programme, le Déposant doit soumettre le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives en même temps que le Formulaire de Demande.

3. Délai d'attente : Veuillez noter que, sauf si la personne que le Déposant représente est décédée, le Déposant doit attendre 30 jours après l'administration de la dose de Vaccine réputée avoir provoqué le Dommage avant de demander à un ou des Professionnel(s) de santé agréé(s) de compléter le Formulaire relatif aux Pièces justificatives.

4. Langues admises : Le présente Formulaire doit être complété en anglais, français ou espagnol uniquement, et pas dans une autre langue. Les documents devant être fourni avec le présent Formulaire peuvent toutefois être soumis dans une autre langue, s'ils ne sont pas disponibles en anglais, en français ou en espagnol.

5. Exhaustivité : Un ou plusieurs Professionnel(s) de la santé agréé(s) remplissent ce Formulaire le plus possible en fournissant autant d'information que possible. Chaque Professionnel de la santé agréé remplissant ce Formulaire relatif aux Pièces justificatives signent, datent et insèrent son nom complet à la Section 2 du présent formulaire.

6. Documents à joindre : Les Professionnels de santé agréés peuvent répondre aux questions du présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives en se référant aux documents qu'ils fournissent avec ce formulaire. Les informations contenues dans les documents joints à ce formulaire ne doivent pas nécessairement être répétées dans les réponses fournies dans le formulaire lui-même.

¹ « Professionnel de santé agréé » désigne tout professionnel de santé, y compris les médecins, chirurgiens, infirmiers, sage-femmes, infirmiers praticiens, assistants médicaux, psychiatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, dentistes et pharmaciens, dûment agréé ou légalement autorisé à exercer dans l'économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX dans laquelle le Patient réside et a reçu le Vaccin ou, dans le cas de malformations congénitales, dans laquelle la mère du Patient réside et a reçu le Vaccin.

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

7. Date limite de dépôt : Veuillez noter qu'il existe une date limite pour la soumission par le Déposant de ses documents de candidature au Programme (c'est-à-dire le Formulaire de Demande (Annexe 2) et le Formulaire relatif aux Pièces justificatives (Annexe 3) dûment complétés, ainsi que les autres documents requis). Les documents composant la Demande doivent être soumis pendant la Période de référence qui s'applique au Déposant (ou à la personne que le Déposant représente). Si vous avez besoin d'aide pour déterminer la Période de référence au cours de laquelle la Déposant (ou la personne que le Déposant représente) doit soumettre les documents composant la Demande, veuillez contacter le centre régional compétent du Programme par courriel, par téléphone ou par courrier, ou l'Administrateur du Programme par courriel à l'adresse covaxclaims@esis.com. Si le Déposant soumet ce Formulaire relatif aux Pièces justificatives après la fin de la Période de référence, elle risque de ne pas être acceptée. Veuillez également noter que la procédure de dépôt des demandes du Programme prendra fin le 30 juin 2027. Aucune Demande ne peut être soumise après cette date.

8. Coordonnées du Programme : Si vous (le Professionnel de la santé agréé) avez des questions ou avez besoin d'aide pour remplir ce Formulaire relatif aux Pièces justificatives, vous pouvez contacter le Programme tel qu'indiqué à l'Annexe 1.

REMARQUE IMPORTANTE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE : Vous pouvez répondre aux questions contenues dans le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives en vous référant aux documents (tels que les rapports médicaux) que vous fournissez avec ce formulaire. Il n'est pas nécessaire de reprendre les renseignements contenus dans ces documents dans les réponses fournies dans le Formulaire lui-même.

1. RAPPORT DU OU DES PROFESSIONNEL(S) DE SANTÉ AGRÉÉ(S)

A. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT ²	
Nom complet du Patient, y compris les éventuels seconds prénoms	
Adresse postale du Patient (ville, code postal et pays)	
Date de naissance du Patient (jour/mois/année)	

² Le terme « Patient » désigne un individu : (i) qui est un citoyen, résident, ou une personne au sein d'une population visée par le stock tampon de vaccins à usage humanitaire mis en place dans le cadre du mécanisme COVAX, telle que définie et mise à jour de temps à autre par le Comité permanent inter-organisations (CPI), dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX ; (ii) à qui un Vaccin a été administré dans une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX ; et (iii) qui prétend ou au sujet duquel il est prétendu qu'il a subi un Événement indésirable grave causé par un Vaccin ou son administration, qui lui a occasionné un Dommage. « Dommage » désigne toute lésion corporelle ou pathologie grave dont a souffert le Patient qui :

- (i) entraîne une Invalidité totale ou partielle permanente ; ou
- (ii) se traduit par une malformation ou une maladie congénitale entraînant une Invalidité totale ou partielle permanente chez l'enfant à naître ou le nouveau-né d'une femme qui a reçu un Vaccin ; ou
- (iii) entraîne la mort.

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

Genre du Patient	
B. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE OU LES PROFESSIONNEL(S) DE SANTÉ AGRÉÉ(S) REMPLISSANT LE PRÉSENT FORMULAIRE	
<p>1. Nom(s) complet(s), y compris tout second prénom, du ou des Professionnel(s) de santé agréé(s) remplissant le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives.</p> <p>2. Nom de l'Hôpital, de la clinique ou de tout autre lieu d'exercice du ou des Professionnel(s) de santé agréé(s) remplissant le présent Formulaire, y compris A) adresse(s) postale(s), B) adresse(s) électronique(s), et C) numéro(s) de téléphone.</p> <p>3. Type d'agrément dont bénéficie le ou les Professionnel(s) de santé agréé(s) remplissant le présent Formulaire, ainsi que le(s) numéro(s) d'agrément ou tout autre moyen d'identification du ou des agrément(s). Par exemple, si vous êtes un infirmier diplômé d'État, veuillez indiquer « infirmier » et fournir votre numéro d'agrément.</p>	
C. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE VACCIN ADMINISTRÉ AU PATIENT (OU EN CAS DE MALFORMATIONS CONGENITALES, A LA MERE DU PATIENT)	
<u>NOTES IMPORTANTES :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • SI LE VACCIN EST UN VACCIN À DOSE UNIQUE, VEUILLEZ FOURNIR CI-DESSOUS LES DÉTAILS CONCERNANT LA DOSE UNIQUE EN QUESTION. • SI LE VACCIN EST UN VACCIN À DEUX DOSES, VEUILLEZ INDIQUER CI-DESSOUS SI LES DEUX DOSES DU VACCIN ONT ÉTÉ ADMINISTRÉES AU PATIENT (OU EN CAS DE MALFORMATIONS CONGENITALES, A LA MERE DU PATIENT), ET DANS L’AFFIRMATIVE, FOURNISSEZ LES DETAILS DES DEUX DOSES. • SI UNE OU DES DOSE(S) ADDITIONNELLE(S) ET/OU DOSE(S) DE RAPPEL A (ONT) ÉTÉ ADMINISTRÉE(S) AU PATIENT (OU EN CAS DE MALFORMATIONS CONGENITALES, A LA MERE DU PATIENT), EN PLUS DU SCHÉMA D’ORIGINE À UNE OU DEUX DOSES, VEUILLEZ ÉGALEMENT DONNER LES DÉTAILS SUR CETTE (CES) DOSE(S) ADDITIONNELLE(S) ET/OU DOSE(S) DE RAPPEL. 	
<p>1. Détails concernant chaque dose du Vaccin administrée au Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient), notamment : A) le nom du Vaccin, B) la(les) dose(s), C) le(s) numéro(s) de lot ou de lot de fabrication, et D) la(les) date(s) d'expiration.</p>	

**ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE
MARCHÉ DU COVAX**

2. S'ils sont connus, détails concernant le diluant (le cas échéant) utilisé avec **chaque dose** du Vaccin administrée au Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient), notamment : A) le nom du diluant, B) la(les) dose(s), C) le(s) numéro(s) de lot ou de lot de fabrication, et D) la (les) date(s) d'expiration.

3. Date(s) et lieu(x) (par exemple, établissement de santé) où chaque dose du Vaccin a été administrée au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient. Si le vaccin a été administré dans une unité mobile de vaccination, veuillez indiquer "unité mobile de vaccination à" [indiquer le nom de la ville ou du village]. Veuillez indiquer la (les) date(s) de chacune des doses administrées (jour/mois/année).

4. Dans la mesure où ces informations sont connues ou vérifiables, veuillez indiquer si la (les) dose(s) du Vaccin qui a (ont) été administrée(s) au Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient) a (ont) été utilisée(s) conformément à la notice d'emballage³.

Oui _____ Non _____ Ne sait pas _____ (cochez une seule réponse)

Si « non », veuillez expliquer en détail en quoi l'utilisation du Vaccin était différente à la notice d'emballage du Vaccin.

³ Veuillez noter que, si le gouvernement du pays a autorisé, recommandé ou permis une utilisation du Vaccin autre que celle figurant sur sa notice d'emballage, les Évènements indésirables graves résultant de cette utilisation pourront toujours faire l'objet d'une compensation dans le cadre du Programme. Conformément à la Section 1 b) du Protocole du Programme, si un gouvernement d'une économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie du marché du COVAX autorise, recommande ou permet une utilisation du Vaccin autre que celle figurant sur sa notice d'emballage, les Évènements indésirables graves résultant de cette utilisation pourront faire l'objet d'une compensation dans le cadre du Programme (sous réserve du respect des conditions énoncées dans le Protocole du Programme), si et dans la mesure où cette utilisation est conforme aux recommandations du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'OMS et aux directives de l'OMS relatives à la mise en œuvre de ces recommandations.

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

D. INFORMATIONS CONCERNANT LE DOMMAGE OU LA PATHOLOGIE SUBIE PAR LE PATIENT (OU EN CAS DE MALFORMATIONS CONGENITALES, PAR LA MERE DU PATIENT) SUITE A L'ADMINISTRATION DE LA (DES) DOSE(S) DU VACCIN AU PATIENT (OU EN CAS DE MALFORMATIONS CONGENITALES, A LA MERE DU PATIENT).

NOTE IMPORTANTE : SI LE PATIENT EST DÉCÉDÉ, VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION D DANS LA MESURE APPLICABLE, EN PLUS DE LA SECTION E.

1. Si plus d'une dose du Vaccin a été administrée, veuillez indiquer après quelle dose du Vaccin (première, deuxième, rappel, etc.) le Patient a subi la lésion ou la pathologie

2. Décrivez la lésion ou la pathologie provoquée par l'administration de la (des) dose(s) du Vaccin au Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient). Veuillez indiquer :
 - A) le détail de tous les examens et tests subis par le Patient en rapport avec cette lésion ou pathologie ; et
 - B) le cas échéant, l'existence d'une malformation ou pathologie congénitale à la naissance.

3. En ce qui concerne les symptômes, veuillez décrire :
 - A) tous les symptômes ressentis par le Patient, ou en cas de malformations congénitales, par la mère du Patient, après l'administration de la dose ou de chacune des doses du Vaccin (ou, dans le cas de malformations congénitales, par la mère du Patient) ;
 - B) les dates (jour/mois/année) auxquelles les symptômes sont apparus pour la première fois ; et
 - C) les dates (jour/ mois/année) auxquelles les symptômes ont été signalés pour la première fois (si elles diffèrent de la date indiquée au point (B) ci-dessus) ; et
 - D) pour chaque symptôme, dans quelle mesure ce symptôme était grave ; et
 - E) le détail des séquelles éventuelles (résultat ou évolution de la lésion/maladie, y compris toute conséquence sur la santé).

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

Veillez mentionner en particulier :

- toute réaction locale grave observée chez le Patient après l'administration de la dose ou de chacune des doses du Vaccin ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient (et si cette réaction s'est étendue au-delà de l'articulation la plus proche) ; et
- toute crise d'épilepsie (fébrile ou afebrile), tout abcès, toute septicémie, encéphalopathie, tout syndrome de choc toxique, toute thrombocytopenie, anaphylaxie, fièvre (supérieure à 38 degrés centigrades).

4. Le Patient a-t-il eu besoin d'un traitement en raison de la lésion ou de la pathologie dont il a souffert après que la (les) dose(s) du Vaccin lui a (ont) été administrée(s) (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient) ?

Si « **oui** », veuillez décrire le traitement administré au Patient pour soigner la lésion ou la pathologie dont il a souffert après que la (les) dose(s) du Vaccin lui a (ont) été administrée(s) (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient).

Veillez donner cette information séparément pour chaque dose de Vaccin administrée.

5. Veuillez décrire dans quelle mesure le Patient s'est ou ne s'est pas (selon le cas) remis de la lésion ou de la pathologie dont il a souffert après que la (les) dose(s) du Vaccin lui a (ont) été administrée(s) (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient).

Veillez donner cette information séparément pour chaque dose de Vaccin administrée.

6. À votre avis, la (les) dose(s) de vaccin administrée(s) au Patient (ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient) a-t-elle (ont-elles) été la cause de la lésion ou de la maladie subie par le patient ? Si ce n'est pas le cas, veuillez indiquer quelle était, à votre avis, la cause de la lésion.

7. Si vous le savez, veuillez indiquer la date (jour/mois/année) et le lieu où la lésion ou la pathologie a été signalée pour la première fois à un Professionnel de santé agréé ou aux autorités sanitaires.

**ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE
MARCHÉ DU COVAX**

8. Décrivez l'étendue de toute incapacité permanente (invalidité) du Patient et le pronostic pour le Patient à la suite de cette incapacité (invalidité).
9. Comment la lésion ou la pathologie subie par le Patient après que la ou les doses de Vaccin lui ont été administrées (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient) a-t-elle eu un impact sur le fonctionnement quotidien du Patient ?
10. Renseignements concernant une éventuelle Hospitalisation, ou prolongation d'Hospitalisation, du Patient pendant plus de 24 heures consécutives en rapport avec la lésion ou la pathologie dont il a souffert après que la (les) dose(s) du Vaccin lui a (ont) été administrée(s) (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient), y compris :
- A) la (les) date(s) (jour/mois/année) à laquelle le Patient a été admis à l'Hôpital ou à laquelle son Hospitalisation a été prolongée ;
 - B) la (les) date(s) (jour/mois/année) à laquelle le Patient est sorti de l'Hôpital ; et
 - C) le type de soins/traitement prodigué au Patient au cours de l'Hospitalisation ou de la prolongation de l'Hospitalisation initiale en raison de la lésion ou de la pathologie dont il a souffert après que la (les) dose(s) du Vaccin lui a (ont) été administrée(s) (ou, dans le cas d'anomalies congénitales, à la mère du Patient).
11. **Renseignements concernant les autres médicaments/vaccinations, dans la mesure où ils sont connus :**
- A) Veuillez indiquer tout médicament pris par le Patient (le cas échéant) et/ou tout autre vaccin (non COVID-19) administré au Patient après que la (les) dose(s) du Vaccin lui a (ont) été administrée(s) et/ou pendant la période de 6 semaines précédant l'administration de chaque dose du Vaccin, en précisant :
- le nom de chaque médicament/vaccin
 - la dose
 - la durée de la prise ou de l'administration (jour/mois/année)

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

Veuillez donner cette information séparément pour chaque dose de Vaccin administrée.

B) En cas de malformations congénitales, veuillez indiquer tout médicament pris (le cas échéant) par la mère du Patient et/ou tout autre vaccin administré à la mère du Patient pendant sa grossesse et/ou 6 semaines avant le début de sa grossesse, en précisant :

- le nom de chaque médicament/vaccin
- la dose
- la durée de la prise ou de l'administration (jours/mois/année)

Veuillez donner cette information séparément pour chaque dose de Vaccin administrée.

12. Renseignements concernant tout traitement médicamenteux de longue durée prescrit

antérieurement au Patient, dans la mesure où il est connu. Indiquez tout médicament et/ou thérapie médicale (par ex. chimiothérapie ou radiothérapie) non décrit ci-dessus qui a été pris par le Patient (ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient) pendant une période consécutive de plus de 3 semaines, au cours des 24 mois précédant l'administration de chaque dose de Vaccin au Patient (ou en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient), y compris :

- le nom de chaque médicament/thérapie médicale
- la dose
- la durée de la prise ou de l'administration (jours/mois/année)

13. Veuillez décrire toute affection médicale préexistante connue du Patient (ou en cas de malformations congénitales, toute affection médicale préexistante de la mère du Patient). Les affections médicales préexistantes sont des affections médicales existant avant l'administration de chaque dose de Vaccin au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient.

14. Si vous le savez, veuillez également indiquer si et, le cas échéant, pour quelle(s) affection(s) médicale(s) le Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, la mère du Patient) a été traité par un prestataire de santé au cours des 24 mois précédant l'administration de chaque dose de Vaccin au Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient). Veuillez

**ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE
MARCHÉ DU COVAX**

indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du/des prestataire(s) de santé en question, s'ils sont disponibles.

15. Le Patient a-t-il déjà souffert d'une lésion ou d'une pathologie similaire auparavant ? Si « oui », veuillez décrire la lésion ou la pathologie similaire dont il a souffert précédemment.
16. Dans le cas de malformations congénitales, la mère du Patient a-t-elle eu un autre enfant à naître ou nouveau-né souffrant d'une lésion ou d'une pathologie congénitale à la naissance ? Si « oui », veuillez préciser.
17. À votre avis, est-il possible que la lésion ou la pathologie dont a souffert le Patient après que la (les) dose(s) du Vaccin lui a (ont) été administrée(s) (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient) ait été causée par, ou résulte d'une lésion ou d'une pathologie antérieure du Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, de la mère du Patient) ?
Si « oui », veuillez préciser.
18. À votre connaissance, un membre de la famille proche du Patient, par exemple un frère, une sœur, un parent, un enfant, une tante, un oncle ou un cousin au premier degré, a-t-il déjà souffert d'une lésion ou d'une pathologie similaire ?
Si « oui », veuillez indiquer quel membre de la famille proche et décrire la lésion ou la pathologie de nature similaire.

**ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES
ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE
MARCHÉ DU COVAX**

19. Dans le cas de malformations congénitales, et dans la mesure où cela est connu, un proche parent de la mère du patient a-t-il eu un enfant à naître ou un nouveau-né souffrant d'une maladie ou d'une lésion congénitale ? Si « oui », veuillez fournir des détails.

20. Avez-vous déjà constaté une lésion ou pathologie similaire à celles dont a souffert le Patient parmi d'autres Patients qui ont reçu (ou, dans le cas de malformations congénitales, dont la mère a reçu) le même Vaccin ?

E. SI LE PATIENT EST DÉCÉDÉ, RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DÉCÈS DU PATIENT :

1. Si le Patient est décédé après l'administration de la (des) dose(s) du Vaccin, veuillez :
 - a. Indiquer la date du décès du Patient (jour/mois/année) et les causes énoncées sur le certificat de décès du Patient; et
 - b. Inclure les détails concernant toute autopsie pratiquée sur le Patient.

2. Conformément à la Section G ci-dessous, veuillez fournir une copie du certificat de décès du Patient et de tout autre document disponible concernant la cause et la manière dont le Patient est décédé.

3. À votre avis, quelle(s) est(sont) la(les) cause(s) du décès du Patient ?

4. Avez-vous constaté un décès similaire à celui du Patient parmi d'autres Patients ayant reçu le même Vaccin que lui (ou, dans le cas de malformations congénitales, dont les mères ont reçu le même Vaccin que la mère du Patient) ? Si « oui », veuillez préciser.

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

F. AUTRES RENSEIGNEMENTS :
Veillez préciser tout autre renseignement que vous jugez utile à l'appui de la Demande de compensation du le Patient dans le cadre du Programme.
G. DOCUMENTS À JOINDRE AU PRÉSENT FORMULAIRE
<ol style="list-style-type: none">1. Veuillez fournir tout document confirmant que la (les) dose(s) du Vaccin a (ont) été administrée(s) au Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient), par exemple une copie de la carte ou du certificat de vaccination, une copie du registre de vaccination du site de vaccination attestant l'administration de la (des) dose(s) du Vaccin, ou une copie du Formulaire national d'enquête sur les évènements indésirables suivant la vaccination (MAPI) dûment rempli.2. Veuillez joindre une copie de tous les documents et dossiers médicaux disponibles relatifs à la lésion ou à la pathologie dont a souffert le Patient ou la mère du Patient en cas de malformations congénitales après l'administration de la (des) dose(s) du Vaccin, y compris la fiche de notification de cas, les notes sur le cas, le résumé de diagnostic de sortie, les rapports de laboratoire et les rapports d'autopsie, ainsi que les prescriptions de médicaments et traitements concomitants et/ou de longue durée, comme indiqué ci-dessus, etc.3. Si possible, veuillez également joindre une copie du Formulaire d'investigation MAPI, de l'évaluation de la causalité par le comité d'examen des MAPI et les documents y relatifs.⁴

2. DÉCLARATION ET SIGNATURE DU (DES) PROFESSIONNEL(S) DE SANTÉ AGRÉÉ(S)

En apposant ma signature ci-dessous, je certifie/nous certifions :

- qu'avant le dépôt du présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives, un délai d'attente de 30 jours a été observé depuis l'administration de la dose de Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage (sauf en cas de décès du patient, auquel cas cette période d'attente ne s'applique pas); et
- les déclarations et réponses contenues dans le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives sont, à ma/notre connaissance, sincères et exactes.

⁴ Les investigations et l'évaluation de la causalité des MAPI peuvent être menées par le ministère de la santé, son programme national de vaccination ou des comités associés, et les documents s'y rapportant pourront être obtenus auprès de ces instances.

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

Je comprends/Nous comprenons que si ces déclarations ou réponses s'avèrent fausses, l'Administrateur sera fondé, le cas échéant, à saisir les autorités compétentes en vue de l'ouverture d'une enquête.

Nom complet du Professionnel de santé agréé : _____

Fonction : _____

Signature : _____

Date : _____

Nom complet du Professionnel de santé agréé : _____

Fonction : _____

Signature : _____

Date : _____

Annexes :

Annexe 1 - Coordonnées des centres régionaux du Programme

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

ANNEXE 1

COORDONNÉES DES CENTRES RÉGIONAUX RELEVANT DU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ÉCONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX (LE « PROGRAMME »)

Dans le tableau ci-dessous, vous trouverez les noms, les adresses, les adresses de courrier électronique et les numéros de téléphone directs (payants) des différents centres régionaux relevant du Programme. Il existe également une ligne d'assistance téléphonique mondiale pour le Programme, dont le numéro est le 1-833-276-8262. Les appels à la ligne mondiale d'assistance téléphonique peuvent être gratuits ou payants, en fonction de l'économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX depuis laquelle vous appelez. Il vous appartient de vérifier si des frais s'appliquent ou non avant d'appeler la ligne d'assistance téléphonique mondiale.

Si vous avez des questions concernant le Programme ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ou soumettre ce Formulaire relatif aux Pièces justificatives, vous pouvez entrer en contact avec le centre régional attribué (i) au pays où le Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, la mère du Patient) a été vacciné, soit (ii) au pays de résidence du Déposant ou du Patient (ou, dans le cas de malformations congénitales, de la mère du Patient).

Les centres régionaux du Programme sont à disposition pour vous aider dans votre langue maternelle, ainsi qu'en anglais, en français ou en espagnol. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide, veuillez contacter le centre régional compétent, par courrier électronique, par téléphone, ou par courrier postal à l'aide des coordonnées fournies dans le tableau ci-dessous et le centre régional fera de son mieux pour vous aider dans votre langue maternelle.

NOTE IMPORTANTE : Chaque centre régional répertorié ci-dessous ne dessert que les économies remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX indiquées dans la colonne de droite correspondante. Veuillez-vous assurer de ne contacter qu'au bon centre régional, c'est-à-dire au centre régional qui dessert l'économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX dans laquelle le Vaccin a été administré au Patient (ou dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient), ou qui dessert l'économie remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché du COVAX de résidence du Déposant ou du Patient (ou, en cas de malformation congénitale, de la mère du Patient).

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

Coordonnées du centre régional	Économies admissibles au système de garantie de marché du COVAX desservies par le centre régional				
<p>Afrique du Sud Crawford & Company PO Box 782023 Sandton 2146 Afrique du Sud +27 (0) 11 463 5900 Covaxclaims.SouthAfrica@crawford.com</p>	<p>1. Angola 2. Bénin 3. Burkina Faso 4. Burundi 5. Cameroun 6. Cabo Verde 7. République centrafricaine 8. Tchad</p>	<p>9. Comores 10. Rép. dém. Du Congo 11. Rép. du Congo 12. Côte d'Ivoire 13. Djibouti 14. Érythrée 15. Eswatini 16. Éthiopie 17. Gambie</p>	<p>18. Ghana 19. Guinée-Bissau 20. Kenya 21. Lesotho 22. Libéria 23. Madagascar 24. Malawi 25. Maldives 26. Mali</p>	<p>27. Mauritanie 28. Mozambique 29. Niger 30. Nigéria 31. Rwanda 32. Sao Tomé-et-Principe 33. Sénégal 34. Soudan du Sud</p>	<p>35. Soudan 36. Sierra Leone 37. Somalie 38. Tanzanie 39. Guinée 40. Togo 41. Ouganda 42. Zambie 43. Zimbabwe</p>
<p>Australie Crawford & Company GPO Box 1016, Brisbane QLD 4004 Australie +61 7 3223 3100 Covaxclaims@crawco.com.au</p>	<p>44. Fidji 45. Kiribati 46. Îles Marshall 47. Micronésie (États fédérés de) 48. Samoa</p>		<p>49. Îles Salomon 50. Tonga 51. Tuvalu 52. Vanuatu 53. Papouasie-Nouvelle-Guinée</p>		
<p>Allemagne Crawford & Company Werdener Strasse 4, 40227 Düsseldorf Allemagne +49 211 95456250 Covaxclaims@crawco.de</p>	<p>54. Kosovo 55. République kirghize 56. Moldova 57. Tadjikistan 58. Ukraine 59. Ouzbékistan</p>				
<p>Mexique Crawford & Company de México, S.A. DE C.V. Miguel Laurent No. 17 Piso, 601. Colonia Del Valle, Alcadia Benito Juarez Ciudad De México C.P. 03200 Mexique +52 55 5093 6467 Covaxclaims.Mexico@crawford.com</p>	<p>60. Dominique 61. El Salvador 62. Grenade 63. Guyana 64. Haïti</p>		<p>65. Honduras 66. Nicaragua 67. Sainte-Lucie 68. Saint-Vincent-et-les Grenadines</p>		
<p>Brésil Crawford & Company</p>	<p>69. Bolivie</p>				

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

<p>Geraldo Flausingo Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brésil +55-11-3879-7500 Covaxclaims.Brazil@crowford.com</p>		
<p>Singapour Crawford & Company 8 Shenton Way #03-01, AXA Tower Singapour 068811 Singapour +65 6632 8639 Covaxclaims.Singapore@crowford.asia</p>	<p>70. Cambodge 71. Indonésie 72. Rép. pop. dém. de Corée 73. Rép. pop. dém. lao</p>	<p>74. Myanmar 75. République démocratique du Timor-Leste 76. Viet Nam</p>
<p>Hong Kong Crawford & Company 24/F Sunshine Plaza, 353 Lockhart Rd, Wanchai Hong Kong +852 2526 5137 Covaxclaims.HongKong@crowford.asia</p>	<p>77. Mongolie 78. Philippines</p>	
<p>Émirats arabes unis Crawford & Company P.O. Box 2976 Dubai, Émirats arabes unis +971 4 345 9541 Covaxclaims@crowco.me</p>	<p>79. Rép. arabe d'Égypte 80. Rép. arabe syrienne 81. Rép. du Yémen</p>	
<p>Inde Puri-Crawford Unit No.1, First floor, Windsor Terrace, Above Hotel Samruddhi, Vishrantwadi, Pune, Maharashtra 411015 Inde +91 (020) - 26612524 Covaxclaims.India@crowford.com</p>	<p>82. Afghanistan 83. Bangladesh 84. Bhoutan 85. Inde 86. Népal 87. Pakistan 88. Sri Lanka</p>	

ANNEXE 3 AU PROTOCOLE RELATIF AU PROGRAMME DE COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX

<p><u>Israël</u> Crawford-Tossman No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811 Covaxclaims.Israel@crawford.com</p>	<p>89. Cisjordanie et bande de Gaza</p>
<p><u>Belgique</u> Crawford & Company Jan Olieslagerslaan 41 1800 Vilvoorde Belgique +32 2 257 03 52 Covaxclaims@crawco.be</p>	<p>90. Algérie 91. Maroc 92. Tunisie</p>

[FIN DU FORMULAIRE RELATIF AUX PIÈCES JUSTIFICATIVES]