

**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 DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE
COMPENSATION SANS FAUTE POUR LES ECONOMIES REMPLISSANT LES CONDITIONS POUR
BÉNÉFICIER DU SYSTÈME DE GARANTIE DE MARCHÉ DU COVAX**

**VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES INFORMATIONS ET INSTRUCTIONS QUI SUIVENT AVANT DE
REEMPLIR LE FORMULAIRE :**

1. Quand utiliser le présent formulaire : Le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives doit être utilisé aux fins de soumettre les preuves médicales requises dans la Section 8(a) du Formulaire de Demande de compensation, en vue de soumettre une Demande de compensation dans le cadre du Programme pour un Dommage résultant de l'administration d'un Vaccin à un Patient. Il doit être remis en même temps que le Formulaire de Demande de compensation (Annexe 2 du Protocole relatif au Programme). Veuillez ne pas remplir le Formulaire vous-même. Comme indiqué ci-dessous, il doit être rempli par un ou plusieurs Professionnels de santé agréés.¹
2. Délai d'attente : Hormis la circonstance indiquée ci-dessous, un délai d'attente de 30 jours doit être observé suivant l'administration de la dose de Vaccin réputée avoir provoquée le Dommage avant que des démarches en vue de déposer une Demande de compensation dans le cadre du Programme ne soient entreprises. Par conséquent, il vous est demandé de ne pas remplir et déposer de Demande et de ne pas vous procurer les Pièces justificatives requises si moins de 30 jours se sont écoulés depuis l'administration de la dose de Vaccin réputée avoir provoqué le Dommage. Les Formulaires soumis avant ce délai ne seront pas acceptés ou pris en considération.
 - Exception : Le délai d'attente de 30 jours indiqué ci-dessus ne s'applique pas dans le cas où le Patient est décédé à la suite de l'administration d'un Vaccin et où ce décès est considéré par un Professionnel de santé agréé comme ayant été causé par ce Vaccin ou son administration.
3. Le Formulaire doit être rempli par un Professionnel de santé agréé (et non pas le Déposant) : Le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives doit être rempli, signé et daté par au moins un Professionnel de santé agréé (selon la définition figurant dans la note de bas de page numérotée 1 ci-dessous) ou par plusieurs Professionnels de santé agréés. Le ou les Professionnel(s) de santé agréé(s) à qui il a été demandé de remplir le présent Formulaire doit(vent) remplir toutes les sections et répondre à toutes les questions qu'il contient et de fournir autant de détails et de renseignements que possible. Le Déposant n'est pas autorisé à remplir lui-même le présent Formulaire.
4. Documents à joindre : Vous pouvez répondre aux questions contenues dans le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives en vous référant aux documents qui l'accompagnent. Il n'est pas nécessaire de reprendre les renseignements contenus dans les documents joints dans les réponses fournies dans le Formulaire lui-même.
5. Indication des nom, signature et date : Chacun des Professionnels de santé agréés qui remplit le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives doit signer, dater et inscrire son nom complet dans la section 2 du Formulaire.
6. Langues admises : Le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives doit être rempli et soumis en anglais, français ou espagnol uniquement. Les Formulaires remplis dans une autre langue ne seront pas acceptés ou pris en considération. Toutefois, les documents demandés dans le Formulaire relatif aux Pièces justificatives peuvent être soumis dans une autre langue s'ils ne sont pas disponibles en anglais,

¹Le terme « Professionnel de santé agréé » désigne tout professionnel de santé, y compris les médecins, chirurgiens, infirmiers, sages-femmes, infirmiers praticiens, assistants médicaux, psychiatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, dentistes et pharmaciens, qui est 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 d'anomalies 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**

en français ou en espagnol.

7. L'omission par le ou les Professionnel(s) de santé agréé(s) : a) de compléter toutes les sections et de répondre à l'ensemble des questions contenues dans le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives ; ou b) de signer, dater et indiquer son/leur nom(s) complet(s), entraînera le rejet de la Demande ou des retards dans son traitement.
8. Date limite de dépôt : Une fois le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives dûment rempli, signé et daté par le ou les Professionnel(s) de santé agréé(s), il doit être envoyé par le Déposant, ainsi que le Formulaire de Demande et les autres documents requis dans la section 8 de ce même Formulaire, à l'Administrateur du programme avant la fin de la Période de référence (définie à l'art. 2(t) du Protocole relatif au Programme). En cas de dépôt après la fin de la Période de référence, le présent Formulaire ainsi que la Demande de compensation à laquelle il se rapporte ne pourront être acceptés ou pris en considération. Nonobstant ce qui précède, conformément à la Section 1(i) et à la Section 2(t) du Protocole relatif au Programme, la Période de référence d'un Patient ne peut en aucun cas s'étendre au-delà du 30 juin 2027 (date de clôture de la procédure de dépôt des demandes dans le cadre du Programme et à laquelle l'Administrateur n'acceptera plus aucune Demande).
9. Modalités de dépôt du Formulaire : Une fois le Formulaire dûment rempli, signé et daté par le ou les Professionnel(s) de santé agréé(s), il doit être envoyé par le Déposant, ainsi que le Formulaire de Demande de compensation et les autres documents requis dans la section 8 du Formulaire de Demande de compensation, à l'Administrateur du Programme :
 - via le portail web du Programme, à l'adresse : www.covaxclaims.com ;
 - par courriel à : covaxclaims@esis.com ; ou
 - par courrier simple à l'un des centres régionaux de l'Administrateur du Programme, dont les adresses figurent à l'annexe 1 (Coordonnées des centres régionaux) jointe au présent formulaire et qui sont également disponibles sur le site web du Programme à l'adresse : www.covaxclaims.com.
10. Définitions : Les termes commençant par une majuscule employés dans le présent Formulaire sans y être définis ont la signification qui leur est donnée dans le Protocole relatif au Programme disponible à l'adresse : www.covaxclaims.com

**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**

VEUILLEZ NOTER QUE : Vous pouvez répondre aux questions contenues dans le présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives en vous référant aux documents qui l'accompagnent. 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)²

A. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT³	
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)	
Sexe du Patient	
B. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE OU LES PROFESSIONNEL(S) DE SANTÉ AGRÉÉ(S) REMPLISSANT LE PRÉSENT FORMULAIRE	
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.	

²« Professionnel de santé agréé » désigne tout professionnel de santé, y compris les médecins, chirurgiens, infirmiers, sages-femmes, infirmiers praticiens, assistants médicaux, psychiatres, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, dentistes et pharmaciens, qui est 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.

³ 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 Évènement 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) nécessite une Hospitalisation ou rend nécessaire la prolongation de son Hospitalisation ; et
- (ii) entraîne une Invalidité totale ou partielle permanente ; ou
- (iii) 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
- (iv) 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**

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.

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.

C. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE VACCIN ADMINISTRÉ AU PATIENT

NOTES IMPORTANTES :

- **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, 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 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.**

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) administrée(s), C) le(s) numéro(s) de lot ou de lot de fabrication, et D) la(les) date(s) d'expiration.

**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) administrée(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) où chaque dose du Vaccin a été administrée au Patient (ou dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient). Veuillez indiquer la (les) date(s) pour chaque dose administrée selon le modèle jour/mois/année.

4. Dans la mesure où la (les) dose(s) du Vaccin a (ont) été fournie(s) ou administrée(s) par une agence humanitaire, veuillez indiquer :
 - A. Le nom de l'agence humanitaire qui a fourni ou administré la (les) dose(s) du Vaccin au Patient, ou, en cas de malformations congénitales, à la mère du Patient ; et
 - B. Le(s) nom(s) de la (des) personne(s) de contact au sein de cette agence humanitaire.

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

5. 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 a (ont) été utilisée(s) conformément à la notice d'emballage⁴.

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

Dans la négative, veuillez expliquer en détail en quoi l'utilisation du Vaccin était différente ou non conforme à la notice d'emballage du Vaccin ?

D. INFORMATIONS CONCERNANT LE DOMMAGE OU LA PATHOLOGIE PROVOQUÉE PAR L'ADMINISTRATION DE LA (DES) DOSE(S) DU VACCIN AU PATIENT

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

1. Si le Vaccin est un Vaccin en schéma à deux doses et si le Patient a reçu les deux doses, veuillez indiquer si la lésion ou la pathologie dont souffre le Patient a commencé après l'administration de la première ou de la deuxième dose du Vaccin.

2. Si le Patient a reçu le Vaccin selon un schéma à une ou deux doses, **et** a également reçu une ou des dose(s) additionnelle(s) et/ou dose(s) de rappel, veuillez indiquer alors si la lésion ou la pathologie dont

⁴ Veuillez noter que, si le gouvernement du pays autorise, recommande ou permet une utilisation du Vaccin autre que celle figurant sur sa notice d'emballage, les Événements 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 autorise, recommande ou permet une utilisation du Vaccin autre que celle figurant sur sa notice d'emballage, les Événements 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

souffre le Patient a commencé après l'administration de la (des) dose(s) additionnelle(s) et/ou de rappel.

3. 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.

4. En ce qui concerne les symptômes, veuillez décrire :

- A) tous les symptômes ressentis par le 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) pour chaque symptôme, dans quelle mesure ce symptôme était grave ; et
- D) le détail des séquelles éventuelles.

Veuillez mentionner en particulier :

- toute réaction locale grave observée chez le Patient après l'administration de la dose ou de chacune des doses du Vaccin (et si cette réaction s'est étendue au-delà de l'articulation la plus proche)
- 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).

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

5. 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 été administrée(s) (ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient) ?

Dans l'affirmative, 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.

6. 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.

7. À votre avis, quelle est la cause de la lésion ou de la pathologie dont a souffert le 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**

8. 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.

9. Décrivez l'étendue de toute incapacité permanente et le pronostic pour le Patient à la suite de cette incapacité.

10. Quel est l'impact fonctionnel sur le Patient 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) ?

11. 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 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) ; et
 - D) le cas échéant, le type de soins/traitement prodigué au Patient pendant la prolongation de l'Hospitalisation en raison de la lésion ou de la pathologie dont il a souffert après que la (les)

**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**

dose(s) du Vaccin lui a (ont) été administrée(s) (ou dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient).

12. Renseignements concernant les autres médicaments/vaccins administrés, dans la mesure où ils sont connus :

- A) Veuillez indiquer tout médicament pris par le Patient et/ou tout autre vaccin 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 administrée
 - la durée de la prise ou de l'administration (jour/mois/année)
- Veuillez donner cette information séparément pour chaque dose de Vaccin administrée.

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

B) En cas de malformations congénitales, veuillez indiquer tout médicament pris 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 administrée
- la durée de la prise ou de l'administration (jours/mois/année)

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

13. Renseignements concernant tout traitement médicamenteux de longue durée prescrit

antérieurement au Patient, dans la mesure où il est connu. Indiquez tout médicament non décrit ci-dessus qui a été pris par le Patient pendant une période consécutive de plus de 3 semaines, au cours des 24 mois précédant l'administration de chaque dose du Vaccin, en précisant :

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

14. Renseignements concernant de toute affection médicale préexistante connue du Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, de la mère du Patient (c'est-à-dire les conditions médicales existantes avant l'administration de chacune des doses du Vaccin au Patient ou, dans le cas de malformations congénitales, à la mère du Patient)

15. Le Patient a-t-il déjà souffert d'une lésion ou d'une pathologie similaire ? Dans l'affirmative, veuillez décrire la lésion ou la pathologie similaire dont il a souffert précédemment.

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

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 ? Dans l'affirmative, 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) ? Dans l'affirmative, 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 ? Dans l'affirmative, 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. 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 ; 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 ? Dans l'affirmative, 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 déposée par le Patient dans le cadre du Programme.

G. DOCUMENTS À JOINDRE AU PRÉSENT FORMULAIRE

- 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 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 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.⁵

⁵ 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**

--

En cas de divergence ou d'incohérence entre la version anglaise du présent Formulaire relatif aux Pièces justificatives et toute traduction de celui-ci, la version anglaise prévaut à tous égards.

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 ; et

- les déclarations et réponses contenues dans le présent Formulaire sont, à ma/notre connaissance, sincères et exactes.

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 et les numéros de téléphone directs (*) des différents centres régionaux relevant du Programme, ce qui vous permettra :

- A. d'entrer en contact avec l'Administrateur du Programme si vous avez des questions à ce sujet ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ou soumettre un Formulaire de Demande ou d'autres Formulaires pertinents ; et
- B. de soumettre à l'Administrateur du Programme (par l'envoi d'un courrier recommandé) : 1) les documents composant votre Demande (c'est-à-dire le Formulaire de Demande figurant à l'Annexe 2, le Formulaire relatif aux Pièces justificatives figurant à l'Annexe 3 et tous les autres documents devant être soumis en vertu des dispositions contenues dans ces Formulaires) ; 2) les autres Formulaires relatifs au Programme ; et 3) tout autre document qu'il est obligatoire ou possible de soumettre en vertu des dispositions contenues dans ces Formulaires).

(*) 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.

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 faire appel au centre régional correspondant pour tout contact et pour soumettre des formulaires et autres documents relatifs au Programme, 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 vous a été administré, ou dans laquelle le Vaccin a été administré au Patient pour lequel vous soumettez une Demande, le cas échéant.

Coordonnées du centre régional	Économies admissibles au système de garantie de marché du COVAX desservies par le centre régional
--------------------------------	---

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>Afrique du Sud</u> Crawford & Company PO Box 782023 Sandton 2146 Afrique du Sud +27 (0) 11 463 5900</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><u>Australie</u> Crawford & Company GPO Box 1016, Brisbane QLD 4004 Australie +61 7 3223 3100</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><u>Allemagne</u> Crawford & Company Werdener Strasse 4, 40227 Düsseldorf Allemagne +49 211 95456250</p>	<p>54. Kosovo 55. République kirghize 56. Moldova 57. Tadjikistan 58. Ukraine 59. Ouzbékistan</p>				
<p><u>Mexique</u> 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</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><u>Brésil</u> 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 Flausino Gomes, 78 14º Andar Cidade Monções 04575-060 São Paulo Brésil +55-11-3879-7500</p>		
<p><u>Singapour</u> Crawford & Company 8 Shenton Way #03-01, AXA Tower Singapour 068811 Singapour +65 6632 8639</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><u>Hong Kong</u> Crawford & Company 24/F Sunshine Plaza, 353 Lockhart Rd, Wanchai Hong Kong +852 2526 5137</p>	<p>77. Mongolie 78. Philippines</p>	
<p><u>Émirats arabes unis</u> Crawford & Company P.O. Box 2976 Dubai, Émirats arabes unis +971 4 345 9541</p>	<p>79. Rép. arabe d'Égypte 80. Rép. arabe syrienne 81. Rép. du Yémen</p>	
<p><u>Inde</u> Puri-Crawford Unit No.1, First floor, Windsor Terrace, Above Hotel Samruddhi, Vishrantwadi, Pune, Maharashtra 411015 Inde +91 (020) - 26612524</p>	<p>82. Afghanistan 83. Bangladesh 84. Bhoutan 85. Inde 86. Népal 87. Pakistan 88. Sri Lanka</p>	
<p><u>Israël</u> Crawford-Tossmann</p>	<p>89. Cisjordanie et bande de Gaza</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**

No. 2 Choma Umigdal St., Tel Aviv, Israel, 6777102 +972 35 628 811	
<u>Belgique</u> Crawford & Company Jan Olieslagerslaan 41 1800 Vilvoorde Belgique +32 2 257 03 52	90. Algérie 91. Maroc 92. Tunisie

[FIN DU FORMULAIRE RELATIF AUX PIÈCES JUSTIFICATIVES]