



## 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"/>	
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 .....@.....	
<b>Si la victime est décédée, précisez la date du décès</b> <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, vous pouvez soit reproduire cette page, soit mentionner ces mêmes informations sur papier libre.

Date :

Signature \*

Nom du signataire :

Prénom :

--

## MEDICAMENT(S) MIS EN CAUSE (Information indispensable)

Article L.1142-24- 2 du code de la santé publique, "La demande (...) précise en outre le nom des médicaments qui ont été administrés".

### Lequel de ces médicaments vous a été prescrit?

Merci de cocher la ou les case(s) correspondante(s)

Mediator®

Date(s) de prescription et/ou de prise de ce médicament :

Du --/--/---- au --/--/----

Du --/--/---- au --/--/----

Benfluorex Qualimed®

Date(s) de prescription et/ou de prise de ce médicament :

Du --/--/---- au --/--/----

Du --/--/---- au --/--/----

Benfluorex Mylan®

Date(s) de prescription et/ou de prise de ce médicament :

Du --/--/---- au --/--/----

Du --/--/---- au --/--/----

## AUTRES ACTEURS DE SANTE auxquels vous souhaitez rendre la procédure opposable

En complétant ce paragraphe, vous mentionnez l'identité des acteurs de santé dont vous souhaitez que la responsabilité soit examinée par le collège (Cf. Fiche pratique p.2).

Selon l'article L. 1142-24-2 du code de la santé publique, " l'auteur de la demande apporte tous éléments d'informations utiles, notamment sur toute personne, autre que les exploitants du médicament (...) à qui il souhaite rendre la procédure opposable ".

### Coordonnées des autres acteurs de santé auxquels vous souhaitez rendre la procédure opposable

1-  distributeur (pharmacien)  établissement de santé (Hôpital, clinique)  professionnel de santé (médecin)  Autres

Nom .....

Adresse.....

Code postal       Commune .....

1-  distributeur (pharmacien)  établissement de santé (Hôpital, clinique)  professionnel de santé (médecin)  Autres

Nom .....

Adresse .....

Code postal       Commune.....

## AUTRES PROCÉDURES EN COURS

**ATTENTION : La loi prévoit les disposition suivantes : " La victime informe l'office des procédures juridictionnelles éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, la victime informe le juge de la saisine de l'office".**

**Vous devez, par conséquent, impérativement remplir le cadre ci-dessous (même si l'action en justice est terminée).**

### Avez-vous engagé (pour vous-même ou pour la victime) :

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

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

► une action en justice?  OUI  NON

Si oui, à quelle date ?       Devant quelle juridiction ? .....

