



## Attestation médicale de dommages consécutifs à une vaccination

**Avis important :** Le formulaire est à remplir par le médecin traitant en luxembourgeois, français ou allemand. Il est à envoyer, dûment complété, daté et signé, au Ministère de la Santé par voie postale à l'adresse figurant dans l'entête.

*Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.*

### 1 Demandeur (personne vaccinée ayant subi le dommage)

Nom \* :

Prénom \* :

Numéro d'identification nationale (N° matricule) \* :

### 2 Informations sur la vaccination que le demandeur estime être à l'origine du dommage, sur le vaccin et sur le dommage

Type de vaccination \* :

Nom du vaccin :

Date de vaccination \* :

Mode d'administration et site d'injection du vaccin \* :

Quel est le contexte dans lequel la vaccination a-t-elle été effectuée (vaccination de routine, en vue d'un voyage, pour motif professionnel) ?

- Vaccination de routine
- Vaccination en vue d'un voyage
- Vaccination pour motif personnel
- Vaccination pour motif professionnel
- Autre :



Est- ce que d'autres vaccins ont été administrés quasi-simultanément ou simultanément ?

Non

Oui. Dans ce cas, veuillez indiquer les autres vaccins ci-dessous :

Est-ce que le demandeur a pris des médicaments durant la période où la vaccination a eu lieu / où les plaintes/dommages ont débuté ?

Non

Oui. Dans ce cas, veuillez indiquer le(s) médicament(s) ci-dessous :



Est-ce qu'au moment de la vaccination, le demandeur présentait des signes de maladie aiguë ?

Non

Oui. Dans ce cas, veuillez indiquer la date d'apparition des premières plaintes :

Description des plaintes (symptômes, signes cliniques, diagnostic, évolution clinique) :



Quels examens ont été réalisés (prière de joindre les pièces pertinentes à l'appui p.ex. analyses sanguines, radiographies, scanner, tests, ...) ?



Quelles sont les conséquences du dommage consécutif à la vaccination pour le demandeur :

- Décès
- Mise en jeu du pronostic vital
- Hospitalisation (prière d'indiquer la (les) durée(s)) : \_\_\_\_\_
- Dommage irréversible entraînant une incapacité physique permanente
- Effet secondaire habituel après une vaccination (p.ex. rougeur, gonflement ou durcissement au point d'injection, maux de tête, douleurs musculaires, fièvre, incapacité de travail transitoire)
- Guérison complète
- Pas encore rétabli(e) / lésions non consolidées
- Autre :

### 3 Vaccinations antérieures

Est-ce que le demandeur a reçu d'autres vaccins dans sa vie ?

- Non
- Oui. Dans ce cas, veuillez indiquer lesquels :

Nom du vaccin	Date de la vaccination



Est-ce que le demandeur a présenté des effets indésirables après des vaccinations ?

Non

Oui. Dans ce cas, veuillez indiquer lesquels :

## 4 Autres informations cliniques

Anamnèse antérieure au dommage causé par la vaccination (si connue) :



Avez-vous orienté le patient/la patiente susmentionné(e) vers d'autres professionnels de santé ?

Non

Oui (prière d'indiquer tous les autres médecins consultés) :

Nom	Adresse

Autres observations éventuelles (p.ex. autres évaluations, avis médicaux, changement de travail, documents annexés).



## 5 Médecin traitant

<input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	
Nom*	
Prénom*	
Rue, n°*	
Localité*	
Téléphone *	
Adresse électronique*	
Code médecin*	

Lieu et date \* :

## 6 Signature

Par sa signature ci-dessous, le médecin certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus et s'engage à fournir tous les changements ultérieurs y relatifs.

Fait à\* :

le\* :

Prénom et nom du médecin \* :

Signature du médecin\* :

### **Retour du formulaire**

---

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli, signé et accompagné des pièces justificatives par courrier à l'adresse postale ci-dessous :

Ministère de la Santé – à l'attention du service Affaires juridiques  
L - 2935 Luxembourg