

ANNEXE A - DÉCLARATION DU RÉCLAMANT

Recours collectifs – Prothèse de la hanche – Cupule Durom de Zimmer

Le présent formulaire doit être rempli et retourné au gestionnaire des réclamations par courriel, courrier postal, télécopieur ou en main propre au plus tard le 5 septembre 2017.

Je présente une réclamation soit par moi-même, soit par l'intermédiaire d'un procureur :

- en qualité de réclamant qui a reçu la prothèse cupule Durom de Zimmer.
- en qualité de représentant (personne qui est le représentant légal d'un réclamant décédé ou qui présente une incapacité juridique) d'un réclamant.

Section A : Renseignements sur le réclamant

Prénom	Initiale(s)	Nom de famille
--------	-------------	----------------

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

Adresse

Ville	Province/Territoire	Code postal
-------	---------------------	-------------

Numéro de téléphone (jour)	Numéro de téléphone cellulaire
----------------------------	--------------------------------

Adresse courriel	Numéro d'assurance-maladie provinciale en vigueur (« NAMP »)
------------------	--

La province de résidence du réclamant a-t-elle changé depuis que le réclamant a reçu la cupule Durom?

- Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez indiquer l'autre ou les autres provinces de résidence du réclamant et le ou les NAMP pour cette ou ces provinces :

Section B : Représentant personnel

Remplissez-vous le présent formulaire pour une personne présentant une incapacité juridique en vue d'agir au nom du réclamant (c.-à-d., une personne détenant une procuration, un représentant successoral, etc.)?

Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez remplir le reste de la section B en indiquant les renseignements vous concernant. Si vous avez coché « Non », veuillez passer à la section C.

Prénom _____ Initiale(s) _____ Nom de famille _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____

Adresse _____

Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

Numéro de téléphone (jour) _____ Numéro de téléphone cellulaire _____

Lien avec le réclamant :

Veuillez joindre les documents qui vous confèrent le pouvoir légal d'agir au nom du réclamant au présent formulaire (c.-à-d., procuration, testament, lettres d'administration, etc.). Si le réclamant est décédé, veuillez également joindre au présent formulaire une copie du certificat de décès du réclamant.

- Procuration
 Certificat d'incapacité
 Lettres d'administration
 Testament
 Certificat de décès
 Lettre d'homologation
 Autre. Veuillez préciser _____

Section C : Renseignements sur l'avocat (le cas échéant)

Nom de famille de l'avocat _____ Prénom de l'avocat _____

Nom du cabinet d'avocats _____

Adresse _____

Numéro de téléphone _____ Adresse courriel _____

Section D : Renseignements sur la prothèse cupule Durom

Emplacement de la prothèse Durom : Droite Gauche Bilatéral

Date de l'opération (droite) _____
(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Date de l'opération (gauche) _____
(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Les étiquettes d'identification et le ou les protocoles opératoires de votre ou vos cupules Durom doivent être joints à la présente déclaration du réclamant.

Section E : Renseignements sur les chirurgies de remplacement de la cupule

Le réclamant a-t-il subi une ou des chirurgies de remplacement de la cupule pour retirer la ou les cupules Durom?

Oui Non

Si vous avez coché « Non », veuillez passer à la section F ci-après.

Emplacement de la chirurgie de remplacement de la cupule : Droite Gauche Bilatéral

Date de la chirurgie de remplacement de la cupule (droite) _____
(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Date de la chirurgie de remplacement de la cupule (gauche) _____
(jj/mm/aaaa)

Nom de l'hôpital _____

Chirurgien _____

Section F : Chirurgie de remplacement de la cupule médicalement contre-indiquée

Le médecin du réclamant a-t-il recommandé une chirurgie de remplacement de la cupule, tout en avisant le réclamant qu'une telle chirurgie de remplacement de la cupule est médicalement contre-indiquée et/ou pourrait mettre sa vie en danger?

Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez joindre au présent formulaire une déclaration du médecin remplie et signée par votre médecin et veuillez remplir la suite de la section F. Si vous avez coché « Non », veuillez passer à la section G.

Veuillez indiquer les nom et adresse du médecin qui a conseillé le réclamant, la date des discussions et l'état médical qui empêche le réclamant de subir la chirurgie. Veuillez indiquer si le réclamant a été avisé que son ou ses états l'empêcheront de façon permanente de subir une chirurgie de remplacement de la cupule, par opposition à retarder une chirurgie de remplacement de la cupule.

Date(s) des discussions (jj/mm/aaaa)

Médecin

Adresse

État(s) médical(aux) : _____

Section G : Renseignements sur la famille immédiate du réclamant

Veuillez remplir la présente section si le réclamant a subi une chirurgie de remplacement de la cupule ou ne peut en subir en raison d'une contre-indication médicale

Si le réclamant a subi au moins une chirurgie de remplacement de la cupule pour retirer la cupule Durom, veuillez répondre à ce qui suit :

Un membre adulte de sa famille immédiate a-t-il prodigué des soins au réclamant pour l'aider à récupérer après sa ou ses chirurgies de remplacement de la cupule visant à retirer la ou les cupules Durom?

Oui Non

Si vous avez cochez « Oui », veuillez indiquer le nom du membre de la famille ainsi que son lien avec le réclamant :

Nom du membre de la famille

Lien avec le réclamant

Le réclamant avait-il des enfants de moins de 18 ans vivant avec lui ou elle à la date de sa chirurgie de remplacement de la cupule Durom?

Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez indiquer le nom et la date de naissance de deux enfants seulement :

Nom

Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

Nom

Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

S'il est médicalement contre-indiqué au réclamant de subir une chirurgie de remplacement de la cupule, veuillez répondre à ce qui suit :

Un membre adulte de sa famille immédiate a-t-il prodigué des soins au réclamant pour l'aider à récupérer après sa ou ses chirurgies pour recevoir la ou les cupules Durom?

Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez indiquer le nom du membre de la famille ainsi que son lien avec le réclamant :

Nom du membre de la famille

Lien avec le réclamant

Le réclamant avait-il des enfants de moins de 18 ans vivant avec lui ou elle à la date de sa chirurgie pour recevoir la ou les cupules Durom?

Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez indiquer le nom et la date de naissance de deux enfants seulement :

Nom

Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

Nom

Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

Section H : Complications à la suite de chirurgies de remplacement de la cupule

La ou les chirurgies de remplacement de la cupule réalisées auprès du réclamant ont-elles causé l'un des événements suivants? Si tel est le cas, veuillez indiquer la date à laquelle la complication est survenue.

- | | Date (jj/mm/aaaa) |
|---|--------------------------|
| Deuxième chirurgie de remplacement de la cupule (droite) | _____ |
| Deuxième chirurgie de remplacement de la cupule (gauche) | _____ |
| Troisième chirurgie de remplacement de la cupule (droite) | _____ |
| Troisième chirurgie de remplacement de la cupule (gauche) | _____ |
| AVC | _____ |
| Caillot sanguin | _____ |
| Infection | _____ |
| Atteinte nerveuse permanente | _____ |
| Décès | _____ |

Si vous avez précisé ci-dessus que le réclamant a subi un caillot sanguin, une infection et/ou une atteinte nerveuse permanente, vous devez joindre au présent formulaire une déclaration remplie par le médecin. Si vous avez précisé ci-dessus que le réclamant a subi une deuxième chirurgie de remplacement de la cupule, une troisième chirurgie de remplacement de la cupule, son décès ou un AVC, vous devez joindre au présent formulaire les documents de

l'hôpital (y compris les protocoles opératoires de chirurgies de remplacement de la cupule) portant sur chaque complication ou une déclaration du médecin documentant chacune des complications.

Section I : Menues dépenses

Veuillez remplir la présente section que si le réclamant a subi une chirurgie de remplacement de la cupule ou s'il lui est médicalement contre-indiqué d'en subir une.

- Cochez ici si le réclamant a acquitté lui-même le montant de sa ou ses cupules Durom (c.-à-d., le coût de la prothèse n'a pas été payé par un assureur). Si vous avez coché la case, veuillez joindre au présent formulaire toutes les factures ou autre type de documentation attestant le montant acquitté par le réclamant pour la ou les cupules Durom.

Le réclamant (qui a subi une chirurgie de remplacement de la cupule ou pour qui il est médicalement contre-indiqué d'en subir une) a-t-il engagé d'autres menues dépenses relativement à une chirurgie de remplacement de la cupule, à des complications par suite de chirurgies de remplacement de la cupule ou à un traitement médical?

- Oui Non

Si vous avez coché « Non », veuillez passer à la section J. Si vous avez coché « Oui », veuillez répondre à ce qui suit :

Ces menues dépenses réclamées sont-elles de l'ordre de 2 500 \$ ou moins?

- Oui Non

Si vous avez coché « Non » et que vous souhaitez présenter une demande de remboursement pour les dépenses que vous avez engagées et qui sont supérieures à 2 500 \$, vous devez remplir et transmettre le Formulaire de réclamations au compte de dépenses extraordinaires. Veuillez noter que vous devez joindre les factures attestant l'ensemble de vos menues dépenses si vous souhaitez obtenir un remboursement totalisant plus de 2 500 \$. Si vous choisissez de remplir le Formulaire de réclamations au compte de dépenses extraordinaires, veuillez joindre à la présente déclaration de réclamant les factures attestant les dépenses pour lesquelles vous demandez un remboursement jusqu'à 2 500 \$ et joindre au Formulaire de réclamations au compte de dépenses extraordinaires les factures attestant toute dépense additionnelle pour laquelle vous demandez le remboursement.

Si vous avez coché « Oui » ci-dessus ou si vous souhaitez obtenir un remboursement non supérieur à 2 500 \$ relativement à vos menues dépenses, avez-vous en votre possession les factures attestant les dépenses que vous avez engagées?

- Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez joindre vos factures au présent formulaire. Si vous avez coché « Non », veuillez indiquer le total approximatif des dépenses que vous avez engagées : _____ \$.

Section J : Déclaration

Je déclare solennellement ce qui suit :

Le réclamant a reçu un ou plusieurs composants de la cupule prothétique Durom (la « cupule Durom »). Le réclamant souhaite présenter une réclamation pour indemnisation dans le cadre du présent recours collectif.

Vous trouverez ci-joint des copies des protocoles opératoires sur la prothèse et la chirurgie de remplacement de la cupule (le cas échéant) du réclamant, de même que la documentation identifiant les numéros de lot et de catalogue de la cupule Durom du réclamant.

Si je ne transmets pas les étiquettes autocollantes de cette cupule Durom du réclamant comme source d'identification du produit, c'est que l'établissement hospitalier où la chirurgie prothétique du réclamant a eu lieu ne peut me donner les étiquettes, étant donné qu'elles ne sont pas dans les registres médicaux de l'établissement hospitalier ouverts au nom du réclamant.

Si je ne joins pas une photographie de la cupule Durom du réclamant en remplacement des étiquettes autocollantes de cette cupule, c'est que le réclamant ni moi-même n'avons la possession, la garde ou le contrôle de la photographie de la cupule Durom du réclamant.

Je fais la présente déclaration en estimant qu'elle est véridique et en sachant qu'elle a la même valeur en droit que si je la faisais sous serment.

Signature du réclamant ou du représentant

Date

Veuillez noter que toutes les pages de la présente déclaration et les documents justificatifs doivent être transmis au gestionnaire des réclamations au plus tard à la date limite relative aux réclamations.