

Medtronic Defibrillators Class Action
Claims Administrator
P.O. Box 4454, Toronto Station A
25 The Esplanade, Toronto, ON M5W 4B1



M2Q

*Peter et Medtronic, Inc.
et Medtronic du Canada Ltd.*
COUR SUPÉRIEURE DE
JUSTICE DE L'ONTARIO
Dossier no 05-CV-295910CP

La date figurant sur le cachet de la poste ne peut être postérieure au 28 septembre 2020

RÈGLEMENT CANADIEN RELATIF AUX DÉFIBRILLATEURS MEDTRONIC Dossier de réclamation

Renseignements du Réclamant

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Init.	Nom de famille
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>		
Adresse (suite)		
<input type="text"/>		
Ville		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Province	Code postal	Pays/Abréviation

Le présent dossier de réclamation contient ce qui suit :

- un énoncé de confidentialité;
- des instructions à l'intention des réclamants;
- un formulaire de réclamation.

ÉNONCÉ DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels concernant les réclamants sont recueillis, utilisés et conservés par l'administrateur des réclamations en conformité avec la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, L.C. 2000, ch. 5 (la « LPRPDE ») :

- aux fins de l'application et de l'administration de l'entente de règlement canadienne relative aux défibrillateurs Medtronic (le « règlement »);
- aux fins d'évaluation et d'examen de l'admissibilité du réclamant dans le cadre du règlement;
- de manière strictement privée et confidentielle (ces renseignements ne seront pas communiqués sans le consentement écrit exprès du réclamant, sauf dans la mesure prévue dans le règlement).

INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES RÉCLAMANTS

Les présentes instructions servent de lignes directrices pour la présentation de réclamations dans le cadre du règlement. En cas de conflit entre les présentes instructions et le règlement, le règlement prévaut. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter ou télécharger l'entente de règlement au <http://www.medtronicdefibsettlement.ca>.

Afin d'établir votre droit aux avantages prévus par les modalités du règlement, un dossier de réclamation complet comprenant ce qui suit doit être présenté à l'administrateur des réclamations :

- un formulaire de réclamation rempli et signé;
- une déclaration du médecin remplie et signée, s'il y a lieu;
- tout autre document requis aux termes des présentes.



FOR CLAIMS PROCESSING ONLY	OB <input type="text"/>	CB <input type="text"/>	<input type="radio"/> DOC <input type="radio"/> LC <input type="radio"/> REV	<input type="radio"/> RED <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
----------------------------------	-------------------------	-------------------------	--	---

Les dossiers de réclamation dûment remplis doivent parvenir à l'administrateur des réclamations au plus tard le **28 septembre 2020** (le cachet de poste faisant foi), à l'adresse suivante :

Administrateur des réclamations du recours collectif Relatif à certain défibrillateurs Medtronic
P.O. Box 4454, Toronto Station A, 25 The Esplanade, Toronto, ON M5W 4B1
info@medtronicdefibsettlement.ca

Objet : Règlement canadien relatif aux défibrillateurs Medtronic

Les réclamants qui ne présentent pas de dossier de réclamation à l'administrateur des réclamations au plus tard le **28 septembre 2020** renoncent à jamais à leur droit aux avantages dans le cadre du règlement et seront privés à jamais du droit d'intenter une action contre les parties quittancées en ce qui a trait aux défibrillateurs.

Si vous avez besoin d'aide ou de conseils pour remplir le dossier de réclamation ou si vous avez des questions au sujet de votre réclamation, vous pouvez, à vos frais, retenir les services d'un conseiller juridique ou communiquer gratuitement avec l'administrateur des réclamations, au 1-888-625-8718 ou par courriel à info@medtronicdefibsettlement.ca, ou consulter le site Web suivant : www.medtronicdefibsettlement.ca. **Les réclamants qui retiennent les services d'avocats ou de mandataires pour présenter leur réclamation dans le cadre du règlement prennent entièrement à leur charge les honoraires et débours de ceux-ci.**

Les réclamants peuvent communiquer avec l'administrateur des réclamations et obtenir les formulaires en français ou en anglais. Les réclamants (ou leurs avocats ou mandataires) **doivent** informer l'administrateur des réclamations de tout changement ou de toute correction à apporter à leur adresse, à leur nom ou à leur numéro de téléphone ainsi que de tout changement de représentant légal.

Veillez conserver des copies de tous les documents que vous envoyez à l'administrateur des réclamations. Le processus de traitement des documents demande du temps. **AGISSEZ MAINTENANT.** N'attendez pas les dernières semaines avant l'expiration de la période de réclamation.



**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION DANS LE CADRE DU RÈGLEMENT
CANADIEN RELATIF AUX DÉFIBRILLATEURS MEDTRONIC
Strictement privé et confidentiel**

Partie 1 – Identification du réclamant

Je présente une réclamation à titre de :

- membre du groupe** (la personne s'étant fait retirer ou remplacer prématurément l'un des défibrillateurs Medtronic visés¹ par suite d'un avis publié par Santé Canada en février 2005)
- représentant d'un membre du groupe** (une personne qui est le représentant légal d'un membre du groupe décédé, mineur et/ou par ailleurs frappé d'incapacité juridique)

Partie 2 – Identification du membre du groupe

Nom du membre du groupe	Prénom
Adresse	C. P.
Ville	
Province	Code postal
A A A A / M M / J J	A A A A / M M / J J
Date de naissance	Date du décès (s'il y a lieu)
— — — — —	— — — — —
Tél. (maison)	Tél. (travail)
— — — — —	— — — — —
Télééc.	
Courriel	

Certificat de décès officiel joint aux présentes

Partie 3 – Identification du représentant du réclamant

La présente partie doit être remplie seulement si vous présentez une réclamation en qualité de représentant d'un membre du groupe. Vous DEVEZ fournir une preuve de votre pouvoir d'agir à ce titre. Avant de remplir la présente partie, vous DEVEZ remplir les parties 1 et 2 afin d'identifier le membre du groupe que vous représentez.

Je présente une réclamation pour le compte d'un membre du groupe qui est :

- mineur (âgé de moins de 18 ans)**
Veuillez joindre une copie du document attestant votre pouvoir d'agir (c.-à-d. un certificat de naissance (version longue), un acte de baptême, une ordonnance d'un tribunal ou une autre preuve de tutelle)
- frappé d'incapacité juridique**
Veuillez joindre une copie du document attestant votre pouvoir d'agir (c.-à-d. une procuration, etc.)
- décédé**
Veuillez joindre une copie du document attestant votre pouvoir d'agir (c.-à-d. un testament, etc.)

¹ Les défibrillateurs visés sont les suivants :

Défibrillateur	Modèle	Fabriqué avant le
Marquis VR	7230	31 décembre 2003
Marquis DR	7274	31 décembre 2003
Maximo VR	7232	31 décembre 2003

Défibrillateur	Modèle	Fabriqué avant le
Maximo DR	7278	31 décembre 2003
InSync Marquis	7277	31 décembre 2003
InSync III Marquis	7279	31 décembre 2003



Nom du représentant du réclamant										Prénom									
Adresse															C. P.				
Ville																			
Province										Code postal									
Date de naissance A A A A / M M / J J																			
Tél. (maison)					Tél. (travail)														
Télé.																			
Courriel																			

Partie 4 – Identification du représentant légal

La présente partie doit être remplie SEULEMENT si le réclamant est représenté par un avocat ou un mandataire.

Nom du cabinet d'avocats ou d'entreprise du mandataire																			
Nom de l'avocat ou du mandataire										Prénom									
Adresse															C. P.				
Ville																			
Province										Code postal									
Tél.					Télé.														
Courriel																			
Numéro de membre du Barreau de la province (s'il y a lieu)																			

NOTE : Si vous remplissez la partie 4 ci-dessus, toute correspondance sera envoyée à votre représentant légal, qui doit aviser l'administrateur des réclamations de tout changement quant à son adresse postale. Si vous changez de représentant légal ou décidez de ne plus retenir ses services, vous devez en aviser par écrit votre ancien représentant légal ainsi que l'administrateur des réclamations.



Partie 5 – Preuve d’implantation et d’exérèse ou de remplacement prématuré d’un défibrillateur

Pour avoir droit à un dédommagement dans le cadre du règlement, chaque réclamant doit fournir une preuve de l’implantation d’un défibrillateur chez le membre du groupe **ET** d’une exérèse ou d’un remplacement prématuré de l’un des défibrillateurs suivants :

Défibrillateur	Modèle	Fabriqué avant le
Marquis VR	7230	31 décembre 2003
Marquis DR	7274	31 décembre 2003
Maximo VR	7232	31 décembre 2003
Maximo DR	7278	31 décembre 2003
InSync Marquis	7277	31 décembre 2003
InSync III Marquis	7279	31 décembre 2003

Pour établir que le membre du groupe s’est fait **implanter** l’un des défibrillateurs visés, l’un des éléments suivants **doit** être fourni, **selon le cas** :

- si le membre du groupe a reçu antérieurement un avis de certification, veuillez remplir la case appropriée dans la déclaration du réclamant (partie 7 ci-après);
- une photocopie de la carte d’identification de défibrillateur de stimulateur cardiovertteur Medtronic implanté indiquant le type de défibrillateur, le modèle et la date d’implantation;
- l’un des dossiers médicaux suivants, notamment, indiquant le type de défibrillateur, le modèle et la date d’implantation, **selon le cas** :
 - un rapport sommaire de Medtronic;
 - un rapport d’intervention chirurgicale décrivant l’implantation de l’un des défibrillateurs visés dans le corps du membre du groupe, y compris le type de défibrillateur, le modèle et la date d’implantation;
 - tout autre dossier médical indiquant que le membre du groupe s’est fait implanter l’un des défibrillateurs visés et contenant le type de défibrillateur, le modèle et la date d’implantation.

ET

Pour établir que le défibrillateur du membre du groupe **a fait l’objet d’une exérèse ou d’un remplacement prématuré par suite** du rappel, l’un des éléments suivants **doit** être fourni, **selon le cas** :

- si le défibrillateur du membre du groupe a été retiré ou remplacé entre le 1er février 2005 et le 31 août 2005, le rapport sur l’intervention produit par l’hôpital où le défibrillateur a été retiré ou remplacé;
- si le défibrillateur du membre du groupe a été retiré ou remplacé le 1er septembre 2005 ou après cette date, les dossiers médicaux faisant état de l’opération d’exérèse ou de remplacement contenant un avis médical récent déclarant que l’exérèse ou le remplacement découle du rappel;
- si le défibrillateur du membre du groupe a été retiré ou remplacé le 1er septembre 2005 ou après cette date et que les dossiers de l’exérèse ou du remplacement ne contiennent pas d’avis médical attribuant l’exérèse ou le remplacement au rappel, la déclaration du médecin remplie et signée, figurant dans la partie 8 ci-après.



Partie 6 – Dédommagement prélevé sur le fonds d'indemnisation extraordinaire

Veillez remplir la présente partie **SEULEMENT** si vous demandez un dédommagement prélevé sur le fonds d'indemnisation extraordinaire. Pour avoir droit à un tel dédommagement, un réclamant doit répondre aux critères susmentionnés **et** établir de plus que le membre du groupe a subi l'une ou plusieurs des complications mineures ou majeures énumérées ci-dessous **dans les 45 jours** suivant l'exérèse ou le remplacement prématuré de son défibrillateur.

Veillez indiquer la complication ou les complications mineures et/ou majeures que, selon les allégations, le membre du groupe aurait subie(s). Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

Complications mineures :

- hématomes durant plus de sept jours accompagnés de tensions musculaires, d'écoulements ou d'une déhiscence mineure chez un patient externe;
- hématomes non accompagnés de tensions musculaires, mais nécessitant tout de même une évaluation additionnelle du patient externe;
- douleur liée à l'appareil implanté qui dure pendant plus de sept jours et nécessite l'usage prolongé de médicaments narcotiques pour le traitement de la douleur;
- cellulite traitée en consultation externe au moyen d'antibiotiques par voie orale;
- abcès de suture;
- constatations de blessures chirurgicales mineures;
- reprogrammation imprévue de l'appareil en raison d'un mauvais fonctionnement du défibrillateur chez un patient qui présente des symptômes importants ou un changement d'état, sauf des changements de seuil asymptomatiques;
- annulation de la sédation en raison d'une insuffisance respiratoire nécessitant de la benzodiazépine, un antagoniste de récepteur opioïde;
- lésion du nerf périphérique;
- phlébite superficielle.

Complications majeures :

- pneumothorax nécessitant la mise sous observation ou l'installation d'un drain thoracique;
- hémithorax;
- accident vasculaire cérébral dans les 45 jours suivant l'exérèse ou le remplacement;
- instabilité hémodynamique pendant l'intervention nécessitant une autre intervention imprévue et/ou l'interruption de la première intervention;
- infection nécessitant l'administration d'antibiotiques par intraveineuse et/ou le retrait ou l'extraction du système;
- défaillance du générateur ou du défibrillateur nécessitant une nouvelle intervention;
- révision de la loge d'implantation nécessitant une nouvelle intervention;
- hospitalisation prolongée attribuable à l'opération de remplacement de l'appareil;
- hématome nécessitant des mesures d'évacuation, de drainage, de transfusion sanguine, l'hospitalisation ou la prolongation de l'hospitalisation;
- réadmission à l'hôpital directement liée à l'opération d'exérèse ou de remplacement;
- dissection des vaisseaux coronaires avec instabilité hémodynamique;
- embolie pulmonaire;
- embolie des artères périphériques;
- thrombose veineuse profonde;
- réaction aux médicaments occasionnant l'interruption de l'intervention;
- lésion de la valve cardiaque;
- nouveau bloc auriculoventriculaire se développant par suite de l'intervention.

Vous **devez** joindre au présent dossier de réclamation les dossiers médicaux indiquant le diagnostic et le traitement reçus par le membre du groupe relativement à la complication ou aux complications mineures et/ou majeures qu'il a subie(s) dans les 45 jours suivant l'opération d'exérèse ou de remplacement prématurée.



Si vous demandez un dédommagement prélevé sur le fonds d'indemnisation extraordinaire pour les frais remboursables engagés relativement à la complication ou aux complications mineures et/ou majeures subies par le membre du groupe, veuillez remplir le tableau ci-après et joindre toutes les pièces justificatives pertinentes. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre une page distincte.

Description des frais	Montant réclamé	Description des pièces justificatives

Si vous demandez un dédommagement par prélèvement sur le fonds d'indemnisation extraordinaire pour la perte alléguée de revenu du membre du groupe découlant de complications mineures et/ou majeures qu'il a subies, veuillez remplir la section qui suit et joindre toutes les pièces justificatives requises.

Au moment où il a subi une complication ou des complications mineures et/ou majeures, le membre du groupe était au service de :

Nom de la société									
Description du poste									
Taux de salaire									
Nom de la personne-ressource									
Numéro de téléphone									
Le membre du groupe s'est absenté du travail pendant _____ jours en raison de complications mineures et/ou majeures.									
La perte de revenu alléguée du membre du groupe s'élève à									
Vous devez fournir des documents justifiant la perte de revenu alléguée du membre du groupe.									

Partie 7 – Déclaration du réclamant

Le soussigné*² consent par les présentes à la communication des renseignements contenus dans les présentes dans la mesure nécessaire au traitement de la présente réclamation. Il reconnaît et comprend que le présent formulaire de réclamation est un document officiel de la Cour sanctionné par la Cour ayant compétence à l'égard du règlement, et que la présentation du formulaire de réclamation à l'administrateur des réclamations équivaut à son dépôt auprès de la Cour.

Le soussigné déclare par les présentes, sous peine de parjure, que le membre du groupe :

- a reçu antérieurement un avis de certification;
- n'a pas antérieurement reçu d'avis de certification.

Après avoir passé en revue les renseignements fournis dans le présent formulaire de réclamation, le soussigné déclare, sous peine de parjure, au mieux de sa connaissance, que ces renseignements sont véridiques et exacts.

Signature du réclamant : _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____

² *Le masculin utilisé dans les présentes englobe tous les genres.



Partie 8 – Déclaration du médecin

Je déclare solennellement ce qui suit :

1. Je suis un médecin autorisé à pratiquer la médecine dans la province suivante : _____.
2. Je suis/J'étais le médecin traitant de _____, qui s'est fait implanter l'une des défibrillateurs Medtronic suivants (veuillez remplir le défibrillateur applicable) ayant fait l'objet d'un avis (rappel) de Santé Canada en février 2005.

	Défibrillateur	Modèle	Fabriqué avant le
<input type="radio"/>	Marquis VR	7230	31 décembre 2003
<input type="radio"/>	Marquis DR	7274	31 décembre 2003
<input type="radio"/>	Maximo VR	7232	31 décembre 2003
<input type="radio"/>	Maximo DR	7278	31 décembre 2003
<input type="radio"/>	InSync Marquis	7277	31 décembre 2003
<input type="radio"/>	InSync III Marquis	7279	31 décembre 2003

3. L'avis (rappel) de Santé Canada concernant le défibrillateur Medtronic implanté dans le corps de _____ a été un facteur important dans la décision de retirer le défibrillateur Medtronic.

Signature du médecin : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Nom du médecin : _____

[Champ de saisie]	
Adresse	
[Champ de saisie]	
Ville	
[Champ de saisie]	[Champ de saisie]
Province	Code postal
[Champ de saisie] — [Champ de saisie] — [Champ de saisie]	
Numéro de téléphone	

