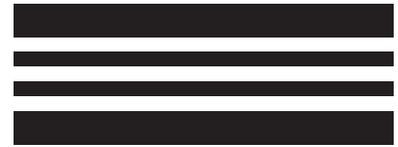


Recours collectif visant la prothèse de la hanche Profemur de Wright
Administrateur des réclamations
C.P. 4454
Toronto Station A 25 The Esplanade
Toronto, ON M5W 4B1



WRQ

RODRICK DESBOROUGH C. WRIGHT MEDICAL TECHNOLOGY CANADA LTD. ET AL

COUR SUPRÊME DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE

HFX. NO. 355381

Le cachet postal doit être apposé au plus tard le 8 octobre 2020

I. FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Recours collectif visant la prothèse de la hanche Profemur de Wright

Le présent formulaire doit être rempli et retourné à l'Administrateur des réclamations par courriel, par la poste, par télécopieur ou en personne au plus tard le 8 octobre 2020

Vous ne serez pas admissible à une indemnisation en vertu de la présente Entente de règlement si votre système de prothèse de la hanche Profemur de Wright ne s'est pas fracturé.

Je présente une demande par moi-même ou par avocat:

- en tant que Demandeur qui s'est vu implanter le système de prothèse de la hanche Profemur de Wright après février 2001, et qui a dû subir une chirurgie de révision parce que la prothèse de la hanche Profemur de Wright s'est fracturée le ou avant le 5 août 2020.
- à titre de Représentant (une personne qui est le représentant légal d'un Demandeur qui n'a pas la capacité d'ester en justice) d'un Demandeur.

PARTIE I : SECTION A : RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Init. 2e prénom	Nom de famille
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance		
Sexe: <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme		
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>		
Adresse principale (suite)		
<input type="text"/>		
Ville		
<input type="text"/>		
Province		
Code postal		
<input type="text"/>		
Courriel		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indicatif	Numéro de téléphone de jour	Indicatif
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Numéro de téléphone cellulaire
<input type="text"/>		
Numéro d'assurance-maladie provincial actuel		



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
----------------------------------	-------------------------	-------------------------	--	---

La province de résidence du Demandeur a-t-elle changé depuis la date à laquelle le Demandeur a reçu le Dispositif et a subi une fracture exigeant une chirurgie de révision??

Oui Non

Si vous avez coché « Oui », veuillez indiquer l'autre province de résidence du Demandeur et son numéro d'assurance-maladie provincial pour cette province :

Adresse

Adresse principale (suite)

Ville

Province

Code postal

Numéro d'assurance-maladie provincial

Adresse

Adresse principale (suite)

Ville

Province

Code postal

Numéro d'assurance-maladie provincial



PARTIE I : SECTION B : REPRÉSENTANT PERSONNEL

Remplissez-vous ce formulaire en tant que personne ayant la capacité juridique d'agir au nom du Demandeur (c.-à-d. une personne détenant une procuration, un représentant de succession, etc.)?

Oui Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez remplir le reste de la Section B avec les renseignements vous concernant. Si vous avez répondu « Non », passez à la Section C.

Prénom Init. 2e prénom Nom de famille

Adresse

Adresse principale (suite)

Ville

Province Code postal

Courriel

— —

Indic. rég. Numéro de téléphone de jour

— —

Indic. rég. Numéro de téléphone cellulaire

/ /

Date de naissance

Sexe: Homme Femme

Lien avec le Demandeur:

Veuillez joindre les documents qui vous donnent la capacité juridique d'agir au nom du Demandeur au présent formulaire (c.-à-d. procuration, lettres d'administration, etc.).

- Procuration
- Certificat d'incapacité
- Lettres d'administration
- Autre. Veuillez expliquer



PARTIE I : SECTION C : RENSEIGNEMENTS SUR L'AVOCAT (S'IL Y A LIEU)

Cette section doit être remplie SEULEMENT SI un avocat ou un mandataire représente le Demandeur dans le but de l'aider à remplir et à présenter le présent Formulaire de réclamation. Vous n'êtes pas tenu de fournir les renseignements de l'Avocat du groupe dans cette section si vous soumettez votre Formulaire de réclamation vous-même ou en tant que Représentant d'un demandeur, sans représentation par un avocat.

NOTE : Si vous remplissez la section C ci-dessous, toute la correspondance sera envoyée à votre représentant légal, qui doit aviser l'Administrateur des réclamations de tout changement d'adresse postale. Si vous changez de représentant légal ou cessez de retenir ses services, vous devez en aviser par écrit votre ancien représentant légal et l'Administrateur des réclamations.

Prénom de l'avocat										Nom de famille de l'avocat																								
Nom du cabinet																																		
Adresse																																		
Adresse principale (suite)																																		
Ville																																		
Province										Code postal																								
Courriel																																		
Indicatif					—					Numéro de téléphone					—					Indicatif					—					Numéro de télécopieur				

PARTIE I : SECTION D : RENSEIGNEMENTS SUR LE SYSTÈME DE PROTHÈSE DE LA HANCHE PROFEMUR DE WRIGHT

Emplacement du système de prothèse de la hanche Profemur de Wright: Droit Gauche Bilatéral

Date de l'implantation (**Droit**): MM / JJ / AAAA

Nom de l'hôpital

Chirurgien

Date de l'implantation (**Gauche**): MM / JJ / AAAA

Nom de l'hôpital

Chirurgien

Les autocollants d'identification et les rapports chirurgicaux pour votre(vos) système(s) de prothèse de la hanche Profemur de Wright, établissant



PARTIE I : SECTION E : RENSEIGNEMENTS SUR LA RÉVISION

Le Demandeur a-t-il subi une ou des chirurgie(s) de révision pour enlever le ou les système(s) de prothèse de la hanche Profemur de Wright?

- Oui Non

Si vous avez coché « Non », vous n’êtes pas un Demandeur admissible en vertu de ce règlement.

Emplacement de la révision: Droit Gauche Bilatéral

Date de révision d’implant (**Droit**): / /

Nom de l’hôpital

Chirurgien

Date de révision d’implant (**Gauche**): / /

Nom de l’hôpital

Chirurgien

Les autocollants d’identification et les rapports chirurgicaux pour votre(vos) système(s) de prothèse de la hanche Profemur de Wright, établissant la chirurgie implantaire et la chirurgie de révision subséquente, doivent accompagner le présent Formulaire de réclamation. Voir le Protocole d’indemnisation.

Avez-vous subi plus d’une chirurgie de révision en raison d’une fracture du système de prothèse de la hanche Profemur de Wright? Si oui, veuillez décrire les circonstances de votre autre chirurgie de révision :

Si le Demandeur a eu besoin d’une deuxième chirurgie de révision, vous devez présenter les dossiers d’hospitalisation (y compris les rapports de chirurgie de révision) relatifs à cette intervention chirurgicale.

PARTIE I : SECTION F : COMPLICATIONS POSTÉRIEURES À LA RÉVISION

La ou les chirurgie(s) de révision du Demandeur ont-elles causé l’une ou l’autre des complications suivantes? Dans l’affirmative, indiquez la date à laquelle la complication s’est produite..

- AVC / /
- Caillot sanguin / /
- Infection / /
- Lésions nerveuses permanentes / /

Si vous déclarez ci-dessus que le Demandeur a eu un accident vasculaire cérébral, un caillot sanguin, une infection ou des lésions nerveuses permanentes, vous devez joindre au présent formulaire une Déclaration du médecin dûment remplie.



PARTIE I : SECTION G : DÉCLARATION

Je déclare solennellement que:

Le Demandeur s'est fait implanter le système de prothèse de la hanche Profemur de Wright après février 2001 et a subi une fracture du ou des systèmes de prothèse de la hanche Profemur de Wright le ou avant le 5 août 2020, exigeant une chirurgie de révision. Le Demandeur désire présenter une demande d'indemnisation dans le cadre de ce recours collectif.

Vous trouverez ci-joint des copies des rapports et de la documentation sur l'implant et la chirurgie de révision du Demandeur, lesquels indiquent les numéros de catalogue et de lot des systèmes de prothèse de la hanche Profemur de Wright du Demandeur.

Si je ne présente pas les étiquettes autocollantes des systèmes de prothèse de la hanche Profemur de Wright comme identification du produit, il en est ainsi parce que l'hôpital où l'implant chirurgical du Demandeur a été effectué n'a pas pu me fournir les étiquettes autocollantes parce qu'elles ne figurent pas dans les dossiers médicaux du Demandeur tenus par l'hôpital.

Si je ne présente pas de photographie du(des) système(s) de prothèse de la hanche Profemur de Wright du Demandeur au lieu des étiquettes autocollantes du(des) système(s) de prothèse de la hanche Profemur de Wright du Demandeur, il en est ainsi parce que le ou les systèmes de prothèse de la hanche Profemur de Wright du Demandeur ne sont pas en ma possession, sous ma garde ou sous mon contrôle.

Je fais cette déclaration solennelle la croyant vraie en conscience et sachant qu'elle a la même valeur que si elle était faite sous serment.

Signature du Demandeur ou du Représentant: _____

Date (mm/jj /aaaa): _____

Nom en lettres moulées: _____

Veillez noter : Toutes les pages de la présente Déclaration et les documents à l'appui doivent être présentés à l'Administrateur des réclamations au plus tard à la Date limite de réclamation le 8 octobre 2020, ainsi que toute autre documentation requise décrite dans le Protocole d'indemnisation.



II. FORMULAIRE DE DÉCLARATION DU MÉDECIN

Le présent Formulaire de déclaration du médecin doit être rempli si le Demandeur prétend avoir subi une complication, c.-à-d. un accident vasculaire cérébral, un caillot sanguin, une infection ou des lésions nerveuses permanentes en raison d'une chirurgie de révision.

En remplissant le présent Formulaire, vous pouvez tenir compte des dossiers médicaux, des dossiers, des rapports, des films diagnostiques, des antécédents médicaux du patient ou d'autres sources d'information auxquelles les médecins se reportent régulièrement dans leur pratique. En signant le présent formulaire, vous attestez que toutes les opinions énoncées ci-dessous sont offertes avec un degré raisonnable de certitude médicale.

PARTIE II : 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Init. 2e prénom	Nom de famille
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>		
Ville		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Province	Code postal	
<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>	
Indicatif	Numéro de téléphone	Indicatif — Numéro de télécopieur
Indiquez en cochant si vous êtes:		
<input type="radio"/> Chirurgien orthopédiste		
<input type="radio"/> Cardiologue		
<input type="radio"/> Neurologue Chirurgien		
<input type="radio"/> Cardiothoracique		
<input type="radio"/> Neurochirurgien		
<input type="radio"/> Autres <input type="text"/>		
Numéro de permis du Collège des médecins et chirurgiens: <input type="text"/>		

PARTIE II : 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Indiquez le nom et la date de naissance du patient pour lequel vous fournissez les renseignements contenus dans le présent Formulaire de déclaration du médecin.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom	Init. 2e prénom	Nom de famille
<input type="text"/> / <input type="text"/>		
Date de naissance		
Êtes-vous l'un des médecins traitants du patient?		
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Si « Oui », indiquez votre rôle dans les soins médicaux et le traitement du patient par rapport à son ou ses systèmes de:		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		



PARTIE II : 5. COMPLICATIONS SUIVANT LA CHIRURGIE DE RÉVISION

- Cochez ici si le patient a subi l'une ou l'autre des complications suivantes pendant ou après sa chirurgie de révision et indiquez la date à laquelle la complication s'est produite:

(a) Accident vasculaire cérébral qui s'est produit dans les 72 heures suivant une chirurgie de révision pour enlever une prothèse de la hanche Profemur de Wright en raison de la chirurgie de révision.	M M / J J / A A A A
(b) Formation d'un caillot sanguin dans les 72 heures suivant une chirurgie de révision pour enlever une prothèse de la hanche Profemur de Wright en raison de la chirurgie de révision.	M M / J J / A A A A
(c) Infection à la hanche ayant fait l'objet de la chirurgie de révision qui a été diagnostiquée dans les 30 jours suivant une chirurgie de révision pour enlever une prothèse de la hanche Profemur de Wright.	M M / J J / A A A A
(d) Lésions nerveuses permanentes résultant d'une chirurgie de révision pour enlever une prothèse de la hanche Profemur de Wright.	M M / J J / A A A A

Veillez joindre au présent formulaire des dossiers médicaux confirmant l'occurrence des complications susmentionnées. Ces dossiers médicaux peuvent comprendre, sans s'y limiter, des rapports chirurgicaux, des rapports de pathologie, des dossiers de bureau ou des sommaires de congé.

PARTIE II : 6. DÉCLARATION

J'affirme que les représentations qui précèdent sont vraies et exactes.

Signature du médecin: _____

Date (jj/mm/aaaa): _____

Nom en lettres moulée: _____

III. PROTOCOLE D'INDEMNISATION

Distribution du Paiement de règlement

Le Paiement de règlement sera réparti entre les Demandeurs admissibles selon un système de points décrit à la page 11.



PARTIE III : A. ADMISSIBILITÉ

Admissibilité du demandeur

Pour être admissible à recevoir un paiement en vertu de l'Entente de règlement, le Demandeur doit:

- i. Être un résident canadien ou, s'il agit à titre de représentant, représenter les intérêts d'un résident canadien;
- ii. Démontrer, en fournissant un Formulaire de réclamation et des documents à l'appui, qu'il a reçu un système de prothèse de la hanche Profemur de Wright après février 2001;
- iii. Démontrer que le système de prothèse de la hanche Profemur de Wright du Demandeur était fracturé au plus tard à la Date d'entrée en vigueur, ce qui a exigé une chirurgie de révision.

L'indemnité que vous êtes admissible à recevoir sera déterminée en fonction de votre statut au 5 août 2020. Vous êtes tenu de présenter votre Formulaire de réclamation dûment rempli, l'Identification du produit et, si vous alléguiez une Complication, le Formulaire de déclaration du médecin et les documents d'appui dûment remplis, le ou avant le 8 octobre 2020, c'est-à-dire la Date limite de réclamation.

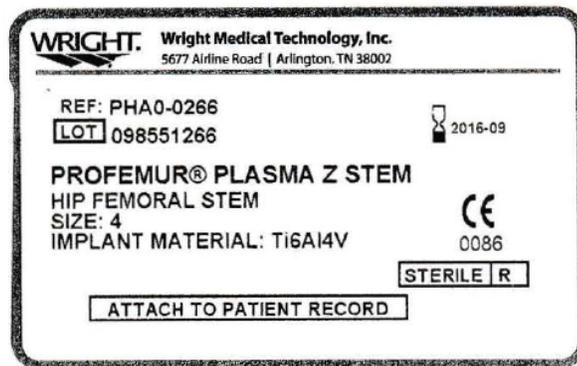
La succession de Ken Taylor, ancien représentant du Demandeur (décédé le 5 novembre 2018), est admissible à une indemnisation en vertu de l'Entente de règlement, à titre d'exception à l'exigence d'admissibilité voulant qu'un Membre groupe soit une personne vivante. M. Taylor a été représentant du Demandeur de 2011 à 2019.

Comment détermine-t-on l'admissibilité?

Pour participer, vous devez fournir l'identification de produit du système de prothèse de la hanche Profemur de Wright qui confirme le numéro de référence (parfois appelé « numéro de catalogue ») et le numéro de lot de dispositif du système de prothèse de la hanche Profemur de Wright qui a été implanté (« Identification du produit »), en plus des autres documents exigés par l'Entente de règlement. L'Identification du produit confirme que l'on vous a implanté une prothèse de la hanche Profemur de Wright. L'Identification du produit peut être trouvée sur l'étiquette autocollante (l'« Étiquette ») du système de prothèse de la hanche Profemur de Wright qui doit être apposée au dossier médical à la suite de votre chirurgie implantaire (parfois appelé « rapport de chirurgie implantaire »). Vous pouvez obtenir votre dossier médical de chirurgie implantaire de l'hôpital où vous avez subi votre chirurgie ou de votre médecin.

Pour être admissible au règlement, le numéro de référence ou de catalogue sur l'étiquette doit être l'un des suivants :

L'image ci-dessous est un exemple d'Identification du produit. Veuillez noter que les étiquettes des produits ne sont pas toutes identiques à l'exemple ci-dessous, mais qu'elles y sont toutes semblables. Cet exemple est fourni pour vous aider à déterminer l'emplacement des numéros de référence et de lot de votre dispositif afin que vous puissiez confirmer que vous êtes admissible en vertu du règlement.



Si, et seulement si, vous n'êtes pas en mesure d'obtenir l'Étiquette parce que l'hôpital où la chirurgie implantaire a été effectuée n'a pas pu la trouver dans vos dossiers médicaux à cet hôpital, vous pouvez alors fournir la documentation suivante pour prouver que vous avez reçu un système de prothèse de la hanche Profemur de Wright :

- a. Si le système de prothèse de la hanche Profemur de Wright a été explanté de votre corps et existe toujours, vous devez fournir (1) une photographie en couleurs du système de prothèse de la hanche Profemur de Wright qui montre les numéros d'identification sur le flan du système de prothèse de la hanche Profemur de Wright, et (2) une Déclaration du médecin confirmant que l'on vous a implanté une prothèse de la hanche Profemur de Wright et la date de l'implantation;

OU

- b. Si vous ne pouvez pas obtenir une photographie parce que votre système de prothèse de la hanche Profemur de Wright n'est pas en votre possession, sous votre garde ou sous votre contrôle, vous devez fournir (1) une copie de votre rapport de chirurgie implantaire de l'hôpital concerné, dans lequel votre chirurgien confirme qu'on vous a implanté une prothèse de la hanche Profemur de Wright, et (2) une Déclaration du médecin confirmant que l'on vous a implanté une prothèse de la hanche Profemur de Wright et la date de l'implantation.



Remarque importante : Si vous ne fournissez pas l'Identification du produit de la manière indiquée ci-dessus avant la Date limite de réclamation, le 8 octobre 2020, vous ne serez pas admissible à une indemnisation en vertu de la présente Entente de règlement. Vous ne serez pas non plus admissible à une indemnisation en vertu de la présente Entente de règlement si votre système de prothèse de la hanche Profemur de Wright ne s'est pas fracturé.

La Date limite de réclamation peut-elle être prorogée pour quelque raison que ce soit?

Non, la Date limite de réclamation est une date limite définitive pour laquelle il n'y a aucune exception.

PARTIE III : B. ATTRIBUTION DES POINTS ET DÉFINITIONS DES COMPLICATIONS

Définitions des complications

Voici ce que constituent des complications:

- (1) « Caillot sanguin » désigne un diagnostic d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse profonde résultant d'une Chirurgie de révision, posé dans les 72 heures suivant une Chirurgie de révision.
- (2) « Lésions nerveuses permanentes » désigne une lésion nerveuse résultant d'une Chirurgie de révision qui a été déclarée permanente par le professionnel de la santé qui a signé la Déclaration du médecin.
- (3) « Infection » désigne toute infection de la hanche ayant fait l'objet d'une Chirurgie de révision qui est diagnostiquée dans les 30 jours suivant une Chirurgie de révision et dont il a été déterminé qu'elle a été causée par la Chirurgie de révision.
- (4) « Accident vasculaire cérébral » signifie un accident ou un ennui cérébrovasculaire survenant dans les 72 heures suivant une Chirurgie de révision.

Attribution des points correspondants

Les points sont attribués aux Demandeurs comme suit:

POINTS DE BASE		
Événement	Nombre d'années avant la fracture (de la date de l'implantation à la date de la fracture)	Points
1re fracture et 1re chirurgie de révision	0 à 2	110
	2 à 4	100
	4 à 6	90
	6 et plus	75
2e fracture et 2e chirurgie de révision	0 à 2	90
	2 à 4	80
	4 à 6	70
	6 et plus	55

POINTS SUPPLÉMENTAIRES POUR LES COMPLICATIONS	
Événement	Points
Caillot sanguin	10
Infection	10
Lésions nerveuses permanentes	20
AVC	40

Les points ci-dessus sont cumulatifs, mais en aucun cas plus de 40 points ne seront attribués à un Demandeur pour des Complications. Ainsi, quel que soit le nombre de Complications qu'un Demandeur subit, il ne peut obtenir que 40 points au total pour l'ensemble des Complications.



PARTIE III : C. AVIS AU DEMANDEUR ET APPEL

L'Administrateur des réclamations doit aviser chaque Membre du groupe au moyen d'une lettre de l'approbation ou du refus de sa demande et des points accordés au Membre du groupe.

Appels

Les Demandeurs se verront accorder une période de 30 jours à compter de la date de mise à la poste pour interjeter appel du refus ou de la classification de leurs demandes. Les appels seront examinés et évalués par un arbitre, qui les fera approuver conjointement par les parties. Les appels seront interjetés par écrit auprès de l'arbitre, et ils seront appuyés uniquement par les documents fournis à l'Administrateur des réclamations. L'appel se fait entièrement par écrit. L'Administrateur des réclamations examine l'appel et rend sa décision dans les 30 jours suivant la réception des documents d'appel du Demandeur. Après l'issue de l'appel, il n'y aura plus de droit d'appel ou de révision.

PARTIE III : D. LIGNES DIRECTRICES SUR LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Si, pendant le traitement des réclamations, l'Administrateur des réclamations constate qu'il existe des lacunes techniques dans le formulaire de réclamation d'un Demandeur ou dans les documents à l'appui, il informe le Demandeur des lacunes techniques, au moyen d'une lettre envoyée par courrier ordinaire de première classe, et doit accorder au Demandeur 40 jours à compter de la date de l'envoi pour corriger les lacunes. Si les insuffisances ne sont pas corrigées dans la période de 40 jours, l'Administrateur des réclamations rejettera la réclamation et le Demandeur n'aura plus la possibilité de corriger les insuffisances. Les « lacunes techniques » ne comprennent pas le fait de ne pas avoir respecté la date limite de réclamation ou le fait de ne pas avoir fourni suffisamment de preuves pour appuyer la réclamation du Demandeur. Si un Demandeur a demandé, mais n'a pas encore reçu les documents d'appui requis, il doit soumettre des copies conformes des demandes de documents qui ont été présentées, ce qui sera considéré comme une « lacune technique ».

PARTIE III : E. OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE RAPPORT DE L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS

Dans les trente (30) jours ouvrables suivant la date limite des réclamations, l'Administrateur des réclamations fournit un rapport écrit à l'Avocat du groupe et aux Défendeurs indiquant le nombre total de demandeurs approuvés qui répondent aux critères de paiement en vertu du Règlement et le montant accordé à chaque Demandeur (« Rapport des réclamations »).

