

DOCUMENT "A"

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT/ RÉCLAMATION OU D'INCLUSION

**RÈGLEMENT CANADIEN RELATIF AUX IMPLANTS
TEMPOROMANDIBULAIRES DE MARQUE VITEK**

Identification du Membre d'un Groupe formulant une Réclamation

M. / Mme / Mlle Prénom(s) /Initiales				Nom de famille		Nom de famille antérieur	
Adresse actuelle				Ville		Code postal	
() No. de téléphone				Date de naissance		Date du décès (s'il y a lieu)	Numéro d'assurance sociale
SI VOUS CHANGEZ D'ADRESSE, VEUILLEZ EN INFORMER PAR ÉCRIT LE GESTIONNAIRE DES RÉCLAMATIONS							

1. Êtes-vous représenté par un procureur en rapport avec une réclamation au sujet d'un implant de l'articulation temporomandibulaire?

Non.

Oui. Dans ce cas, veuillez indiquer le nom de l'avocat, son adresse et son numéro de téléphone:

2. Au cas d'appel écrit, devant quelle Cour désirez-vous que cet appel soit entendu?

Ontario

Québec

Colombie-Britannique

N.B.: Si vous résidez à l'extérieur de la Colombie-Britannique, vous serez réputé choisir d'être inclus dans le Groupe de la Colombie-Britannique si vous indiquez ci-haut votre vœu que tout appel écrit soit entendu devant la Cour de la Colombie-Britannique. Si vous êtes résident du Québec ou de l'Ontario et avez opté d'être inclus dans le Groupe de la Colombie-Britannique, vous serez réputé vous être exclu du Groupe du Québec ou de l'Ontario.

3. Vous êtes-vous déjà enregistré dans le Règlement de *Basckstrom v. Methodist Hospital*?

Non.

Oui. Dans ce cas, veuillez joindre une copie de votre Formulaire de Réclamation.

(Il n'est pas nécessaire de fournir à nouveau vos dossiers médicaux)

4. Veuillez fournir une liste des différentes chirurgies reliées au Vitek Proplast que vous avez subies (joindre une feuille additionnelle si l'espace est insuffisant):

Date de la chirurgie

Description de la chirurgie

Date de la chirurgie	Description de la chirurgie

5. Vos dossiers médicaux indiquent-ils que vous ayez déjà souffert des problèmes suivants?

Résorption osseuse

Non Oui. Veuillez joindre vos dossiers médicaux, radiographies, tomographies et résultats d'examens de résonance magnétique établissant la résorption de la fosse glénoïde qui n'ont pas été produits dans le Règlement de *Backstrom v. Methodist Hospital*.

Granulome ou Corps étranger

Non Oui. Veuillez joindre vos dossiers médicaux, y compris, mais sans y être limités, rapports de pathologie, radiographies, tomographies et résultats d'examens de résonance magnétique établissant un granulome ou votre réaction au Corps étranger qui n'ont pas été produits dans le Règlement de *Backstrom v. Methodist Hospital*.

6. Identification de la personne signant la présente Réclamation (ne cochez qu'une case):

Je suis le receveur d'implant Vitek identifié ci-haut. Je signe le présent Formulaire afin de produire une réclamation pour obtenir des bénéfices en vertu du Règlement canadien sur les Implants ATM Vitek . Je joins à ce formulaire une preuve d'identification du produit tel que requis dans le Règlement.

Je suis le gardien légal, curateur, exécuteur, administrateur ou représentant nommé par la cour de la personne identifiée ci-haut (ou de sa succession). Je signe ce formulaire afin de produire une réclamation en son nom ou au nom de sa succession pour obtenir des bénéfices en vertu du Règlement canadien sur les Implants ATM Vitek. Je joins à ce formulaire une preuve d'identification du produit tel que requis dans le Règlement. [Si vous ne l'avez déjà fait, produire une copie de l'ordonnance de la Cour ou un autre document officiel vous nommant représentant et indiquez vos nom, titre, adresse postale et numéro de téléphone (plutôt que ceux du receveur d'implants) dans les espaces prévus à la première page du présent formulaire.]

Je déclare, sous peine de parjure, que les renseignements contenus dans ce formulaire sont vrais, exacts et complets au meilleur de ma connaissance.

Date de signature

Signature (receveur d'implant ou représentant personnel)

N.B. 1. Assurez-vous de joindre tous autres documents nécessaires de même que tous documents qui n'ont pas été produits dans le Règlement *Backstrom c. Methodist Hospital*, y compris:

- (a) Copie de l'acte de naissance ou autre preuve de la date de naissance;
- (b) Tous les dossiers médicaux nécessaires pour établir votre droit à la compensation.

2. Afin de conserver votre éligibilité pour les bénéfices en vertu du Règlement, ce formulaire **DOIT** être rempli, signé et posté au Gestionnaire des Réclamations et être estampillé **AU PLUS TARD LE** 1999. Si l'estampille de la poste est postérieure à cette date, la réclamation ne sera pas considérée.

**LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS CE FORMULAIRE SONT
CONFIDENTIELS TEL QUE PRÉVU DANS LE RÈGLEMENT CANADIEN
SUR LES IMPLANTS ATM VITEK**

Veillez poster ce formulaire au GESTIONNAIRE des Réclamations à l'adresse suivante:

XXX rue

London, Ontario, Canada

XXX XXX