PERMAX

VEUILLEZ NOTER QUE L'INFORMATION QUE VOUS FOURNISSEZ DANS CE QUESTIONNAIRE SERA FOURNIE AUX INTIMÉES DANS CE RECOURS COLLECTIF AFIN D'ÉVALUER VOTRE RÉCLAMATION. CEPENDANT, L'INFORMATION FOURNIE DEMEURERA CONFIDENTIELLE ET SOUMISE À UNE ORDONNANCE DE CONFIDENTIALITÉ.

A. Renseignements personnels

Nom de famille _____

Prénom _____

Adresse _____

Ville _____

Code postal _____

Courriel _____

Téléphone (résidence) _____

Téléphone (autre) _____

Date de naissance _____

État civil _____

Employeur actuel _____

B. Condition médicale actuelle

Avez-vous déjà été diagnostiqué pour l'une ou l'autre des maladies suivantes :

Parkinson Oui ☐ Non ☐ Date :_____
Syndrome des jambes sans repos Oui ☐ Non ☐ Date :_____
Troubles compulsifs Oui ☐ Non ☐ Date :_____
(Si oui, lesquels?) _____

Troubles liés à des phénomènes liés à la dépendance Oui ☐ Non ☐ Date :_____
(Si oui, lesquels?) _____

C. Médecin traitant

Nom et spécialité de tous les médecins traitants, depuis votre diagnostic

Nom et spécialité _____
Adresse _____
Raison de la consultation _____

Nom et spécialité _____
Adresse _____
Raison de la consultation _____

Nom et spécialité _____
Adresse _____
Raison de la consultation _____

D. Prescriptions depuis votre diagnostic

PERMAX (pergolide mesylate) Oui ☐ Non ☐
Posologie :
Date de début :
Date d'arrêt :
Date de changement de posologie : _____
Période utilisation : _____
Nom du médecin qui vous a prescrit ce médicament : _____
Pour quelle condition médicale : _____

MIRAPEX (pramipexole) Oui ☐ Non ☐
Posologie
Date de début : _____

Date d'arrêt :
Date de changement de posologie : _____
Période utilisation _____
Nom du médecin qui vous a prescrit ce médicament : _____
Pour quelle condition médicale : _____

REQUIP (ropinirole) Oui ☐ Non ☐
Posologie
Date de début :
Date d'arrêt :
Date de changement de posologie : _____
Période utilisation _____
Nom du médecin qui vous a prescrit ce médicament :
Pour quelle condition médicale :

PARLODEL (bromocriptine) Oui ☐ Non ☐
Posologie
Date de début :
Date d'arrêt :
Date de changement de posologie :
Période d'utilisation
Nom du médecin qui vous a prescrit ce médicament
Pour quelle condition médicale :

DOSTINEX (selegiline) Oui ☐ Non ☐
Posologie
Date de début :
Date d'arrêt :
Date de changement de posologie :
Période d'utilisation
Nom du médecin qui vous a prescrit ce médicament
Pour quelle condition médicale : _____

Obtenir auprès de votre pharmacien un relevé de toutes les prescriptions que vous avez reçues, depuis votre diagnostic, dans la mesure du possible.

E. Le développement de comportements compulsifs

1. Décrivez votre profil de jeu **avant la prise du Permax**

Montant :_____

Fréquence
Journalier ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuel ☐ À l'occasion ☐ Jamais ☐

Endroit
Casino ☐ Bar ☐ Piste de course à cheval ☐ Autre____

Type de jeu

Billets de loterie ☐ Vidéo-poker ☐ Casino ☐ Internet ☐ Autre :____

Non-applicable ☐

2. Avez-vous déjà gagné de l'argent en jouant? Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez préciser :

-La date (approximative) de la première fois où vous avez gagné : _____
-Le montant d'argent que vous avez gagné lors de cette occasion :_____
-Le lieu où vous avez gagné :_____
-Le type de jeu que vous jouiez :_____

3. Décrivez votre profil de jeu **pendant la prise du Permax**

Montant :_____

Fréquence
Journalier ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuel ☐ À l'occasion ☐ Jamais ☐

Endroit
Casino ☐ Bar ☐ Piste de course à cheval ☐ Autre____

Type de jeu

Billets de loterie ☐ Vidéo-poker ☐ Casino ☐ Internet ☐ Autre ____

Non-applicable ☐

4. Décrivez votre profil de jeu **après l'arrêt du Permax**

Montant :_____

Fréquence
Journalier ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuel ☐ À l'occasion ☐ Jamais ☐

Endroit
Casino ☐ Bar ☐ Piste de course à cheval ☐ Autre____

Type de jeu
Billets de loterie ☐ Vidéo-poker ☐ Casino ☐ Internet ☐ Autre____

Non-applicable ☐

5. Quand et comment avez-vous appris qu'il existait un lien entre votre problème de jeu et la prise du Permax

Date :_____

Comment :
Médecin ☐ Famille/ami ☐ Journal ☐ Internet ☐ Autre :____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. Avez-vous complété une **demande d'auto-exclusion auprès de Loto-Québec?**
Oui ☐ Non ☐ **Date :**_____

7. Avez-vous obtenu une **carte VIP de Loto-Québec ?**
Oui ☐ Non ☐ Date :_____

8. Avez-vous **suivi des thérapies** offertes aux joueurs compulsifs ? Si oui, quand et à quel endroit?
Oui ☐ Non ☐ Date : _____ Endroit :_____

9. Avez-vous déclaré faillite ?
Oui ☐ Non ☐ Date :_____ Pour quel montant :_____

Avez-vous été libéré de votre faillite? Oui ☐ Non ☐

10. Avez-vous éprouvé ou été diagnostiqués avec d'autres comportements compulsifs ou obsessifs?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquels :
Achat compulsif ☐ Alcoolisme ☐
Hypersexualité ☐ Autre :____

11. Avez-vous déjà été diagnostiqué ou traité pour l'un ou l'autre des symptômes des dépendances, comportements, désordres ou syndromes suivants :

-des désordres, tel l'anorexie, la boulimie, la dépendance à la nourriture ou l'obésité

-des troubles psychologique, mental, émotionnel, tel l'anxiété, la dépression, l'hystérie, l'obsession, la compulsion, la manie, la névrose ou autres troubles de santé mentale

-l'usage excessif de nourriture, de drogues, de l'alcool, du tabac, du sexe, des achats excessifs, le jeu excessif ou autre usage excessif

Oui ☐ Non ☐

Veuillez fournir des détails quant à la nature du diagnostic y compris la date, le syndrome, comportement, dépendance ou désordre, sa durée et tout traitement que vous avez reçu :

_____
_____
_____

À votre connaissance, est-ce qu'un frère ou une sœur, un parent ou un enfant a été diagnostiqué ou traité pour l'un ou l'autre des comportements ou conditions mentionnés ci-haut?

Oui ☐ Non ☐ Ne le sait pas ☐

F. Sommaire des pertes financières

F.1 Pertes financières liées au jeu

1. Estimé des pertes liées au jeu (pertes nettes)

Moins de 50 000$ ☐
Entre 50 000$ et 100 000$ ☐
Entre 100 000$ et 150 000$ ☐
Entre 150 000$ et 200 000$ ☐
Entre 200 000$ et 250 000$ ☐
250 000$ et plus ☐

2. Sur quelle période de temps

3. À quels jeux ?

Vidéo-poker ☐ Casino ☐
Billets de loterie ☐ Internet ☐
Autre :_____

4. À quel endroit?

Casino ☐ Bar ☐ Autre :_____

5. Décrire sommairement comment vous avez effectué le calcul?

_____

F.2 Autres pertes financières

1. Réclamez-vous des pertes financières autres que celles liées au jeu ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui lesquels :

Perte de salaire ☐
Perte de revenus d'entreprise ☐
Dépenses légales ☐
Dépenses médicales ☐
Autre : ____

Montant :_____

Pour quelle période de temps :_____

F.3 Obtention de preuve documentaire en regard des pertes liées au jeu

Source des fonds

1. Avez-vous déjà retiré des sommes de vos REER?

Oui ☐ Non ☐

Montant des retraits de REER	Institution financière	Date du retrait

_____
_____
_____
_____

(Fournir une preuve documentaire établissant l'encaissement de ces REER)

2. Avez-vous liquidé ou vendu d'autres actifs pour satisfaire votre compulsion pour le jeu?
Oui ☐ Non ☐

Si oui lesquels :_____
_____

(Fournir la preuve documentaire établissant cette liquidation)

3. Avez-vous contracté une ligne de crédit ou un autre type de prêt (bancaire ou ailleurs, hypothèque etc.) pour satisfaire votre compulsion pour le jeu ?
Oui ☐ Non ☐

Si oui lesquels :_____
_____

(Fournir la preuve documentaire établissant ce prêt)

Mode de paiement du jeu

4. Quel mode de paiement avez –vous utilisé lorsque vous jouiez ?

- Retrait comptant au guichet automatique? Oui ☐ Non ☐
- Avances de fonds sur ma carte de crédit? Oui ☐ Non ☐
- Paiement sur ma carte de crédit? Oui ☐ Non ☐
- Paiement comptant avec fonds d'un emprunt bancaire? Oui ☐ Non ☐
- Paiement comptant avec fonds d'un emprunt ailleurs? Oui ☐ Non ☐

Dans la mesure du possible, obtenir tous les relevés de tous vos comptes bancaires, vos marges de crédit et vos cartes de crédit, au cours de la ***période débutant 6 mois avant la prise de Permax et se terminant 6 mois après la fin de la prise du médicament Permax***

(Nous les fournir, en identifiant, sur chaque relevé, les retraits que vous pouvez lier au jeu)

G. Pertes psychologiques – pertes d'estime

1. Croyez-vous que l'usage de ce médicament a eu des conséquences néfastes durables sur les relations avec vos proches ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui lesquels :_____

_____

_____

Veuillez indiquer le nom de ces personnes et votre relation avec eux :

_____

_____

Formulaire complété le :_____