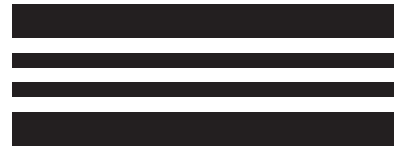


Medtronic Sprint Fidelis Leads Class Action
Claims Administrator
P.O. Box 4454, Toronto Station A
25 The Esplanade, Toronto, ON M5W 4B1



MRQ

*Robinson et Medtronic, Inc.
et Medtronic du Canada Ltd.*

COUR SUPÉRIEURE DE
JUSTICE DE L'ONTARIO

Dossier no 07-CV-341755CP

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

**RÈGLEMENT CANADIEN RELATIF AUX SONDES
CDI SPRINT FIDELIS DE MEDTRONIC
Dossier de réclamation**

Renseignements du Réclamant

Prénom			Init.	Nom de famille		
Adresse						
Adresse (suite)						
Ville						
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 sondes DCI Sprint Fidelis de 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 divergence 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.medtronicleadsettlement.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;
- le dossier médical et/ou une déclaration du médecin, suivant le modèle figurant ci-après, remplie et signée;
- tout autre document requis aux termes des présentes.



FOR CLAIMS PROCESSING ONLY	OB <input type="checkbox"/>	CB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DOC <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> REV	<input type="checkbox"/> RED <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> 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 certaines sondes CDI de Medtronic
P.O. Box 4454, Toronto Station A, 25 The Esplanade, Toronto, ON M5W 4B1
info@medtronicleadsettlement.ca

Objet : Règlement canadien relatif aux sondes DCI Sprint Fidelis de Medtronic

Les réclamants qui ne présentent pas de dossier de réclamation dûment rempli 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 sondes.

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 1-888-788-4820, ou consulter le site Web suivant : www.medtronicleadsettlement.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 SONDES DCI SPRINT FIDELIS DE 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 implanter une ou plusieurs sondes DCI Sprint Fidelis (ayant le(s) numéro(s) de modèle 6949, 6948, 6931 et 6930 (les « sondes »)) et ayant fait l'objet d'une exérèse ou d'un remplacement prématuré ou ayant subi des chocs imprévus par suite de la fracture de la sonde ou de l'imminence d'une fracture de la sonde)
- 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)
— — — — —	— — — — —
Télec.	
Courriel	

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.)



Nom du représentant du réclamant										Prénom									
Adresse															C. P.				
Ville																			
Province										Code postal									
A A A A / M M / J J																			
Date de naissance																			
Tél. (maison)					Tél. (travail)														
Télec.																			
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.					Télec.														
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’une sonde ou de chocs imprévus

Pour avoir droit à un dédommagement dans le cadre du règlement, chaque réclamant doit fournir une preuve de l’implantation d’une sonde chez le membre du groupe **ET** d’une exérèse ou d’un remplacement prématuré de cette sonde ou de chocs imprévus par suite de la fracture d’une ou de plusieurs sondes ou de l’imminence d’une fracture de la ou des sondes.

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

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

ET

Pour établir que la sonde du membre du groupe **a fait l’objet d’une exérèse ou d’un remplacement ou qu’elle a causé des chocs imprévus par suite de la fracture de la sonde ou de l’imminence d’une fracture de la sonde**, l’un des éléments suivants **doit** être fourni, **selon le cas** :

- les dossiers médicaux récents de l’hôpital où le membre du groupe a subi une exérèse ou un remplacement de la sonde qui indiquent expressément la raison pour laquelle l’exérèse ou le remplacement de la sonde ou les chocs imprévus sont attribuables à une fracture de la sonde ou à l’imminence d’une fracture de la sonde;
- si les dossiers concernant l’exérèse ou le remplacement de la sonde n’incluent pas un avis médical attribuant l’exérèse, le remplacement ou les chocs imprévus à une fracture de la sonde ou à l’imminence d’une fracture de la sonde, la déclaration du médecin remplie et signée figurant dans la partie 8 ci-après.;

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

Veuillez 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 mentionnés à la partie 5 ci-dessus **et** établir de plus que le membre du groupe a subi des complications mineures ou majeures **dans les 45 jours** suivant l’exérèse ou le remplacement prématuré de sa sonde **OU** des chocs imprévus par suite de la fracture de la sonde. Dans le cas de chocs imprévus où la sonde **N’a PAS** fait l’objet d’une exérèse ou d’un remplacement, une indemnité extraordinaire sera attribuée à l’appréciation de l’administrateur des réclamations, selon la gravité de la situation.

Veuillez indiquer le fondement de la demande de dédommagement prélevé sur le fonds d’indemnisation extraordinaire (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 de la sonde 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;
- hémothorax;
- 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 de la sonde 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.

Chocs imprévus

- chocs imprévus par suite de la fracture de la sonde **SANS** exérèse ou remplacement de la sonde – date(s) et nombre de chocs:

<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date	nombre de chocs

<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date	nombre de chocs

<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date	nombre de chocs

- chocs imprévus par suite de la fracture de la sonde **AVEC** exérèse ou remplacement de la sonde – date(s) et nombre de chocs:

<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date	nombre de chocs

<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date	nombre de chocs

<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> / <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> / <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Date	nombre de chocs

Vous **devez** joindre au présent dossier de réclamation des dossiers médicaux indiquant que le membre du groupe a subi des chocs imprévus par suite de la fracture de la sonde et/ou de complications découlant directement de la chirurgie d'exérèse ou de remplacement subie par le membre du groupe.



Si vous demandez un dédommagement prélevé sur le fonds d'indemnisation extraordinaire pour les frais remboursables engagés relativement aux chocs imprévus ou aux complications chirurgicales subis 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 chocs imprévus ou de complications chirurgicales qu'il a subis, veuillez remplir la section qui suit et joindre toutes les pièces justificatives requises.

Au moment où il a subi les chocs imprévus et/ou les complications chirurgicales, 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 des chocs imprévus et/ou des complications chirurgicales.											
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*¹ 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) : _____

¹ *Le masculin utilisé dans les présentes englobe tous les genres.



