

Doit être posté au
plus tard le
22 septembre 2011

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION POUR FLEET PHOSPHO-SODA

PRIVÉ & CONFIDENTIEL

Veillez dactylographier ou écrire en lettres majuscules dans les cases ci-dessous
Ne PAS utiliser de stylo à l'encre rouge, de crayon ni de brocheuse

Demandeur primaire

Remplir les Sections I, V-IX et IV, le cas échéant

Représentant du demandeur

Remplir les Sections I, II, V-IX et IV, le cas échéant

Demandeur par filiation

Remplir les Sections I, III, IX et IV, le cas échéant

SECTION I : IDENTIFICATION DU DEMANDEUR PRIMAIRE

DOIT ÊTRE REMPLI POUR TOUTES LES RÉCLAMATIONS

Préfixe

M. Mme Mlle

Prénom

Nom de famille

Adresse

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone (maison)

Numéro de téléphone (travail)

Numéro de téléphone (cellulaire)

Numéro de téléphone (télécopieur)

Adresse de courriel

Date de naissance

Date du décès (le cas échéant)

Certificat de décès joint

Carte de santé

Ethnicité

SECTION II : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT

À REMPLIR UNIQUEMENT DANS LE CADRE D'UNE REVDICATION COMME DEMANDEUR PAR FILIATION.
Y COMPRIS LES REPRÉSENTANTS PERSONNELS, LES HÉRITIERS, LES AYANTS DROIT ET LES FIDUCIAIRES DES BÉNÉFICIAIRES DE FLEET (VOIR
À LA FIN DE CETTE CASE).

LA SECTION I DOIT ÊTRE REMPLIE ET LA PREUVE DE L'AUTORITÉ D'AGIR COMME REPRÉSENTANT DU BÉNÉFICIAIRE DE FLEET
DOIT ÊTRE SOUMISE AVEC LA RÉCLAMATION.

Préfixe

M. Mme Mlle

Prénom

Nom de famille

Adresse

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone (maison)

Numéro de téléphone (travail)

Numéro de téléphone (cellulaire)

Numéro de téléphone (télécopieur)

Adresse de courriel

Parent Fiduciaire Gardien Exécuteur

Preuve de représentation jointe

Autre _____

Je fais la demande pour le compte de :

Mineur Personne inapte Biens

SECTION III : IDENTIFICATION DU DEMANDEUR PAR FILIATION

À REMPLIR UNIQUEMENT DANS LE CADRE D'UNE REVDICATION COMME DEMANDEUR PAR FILIATION. CELA COMPREND : ÉPOUSES, COUPLES NON MARIÉS, PARTENAIRES DU MÊME SEXE, PARENTS OU ENFANTS, DANS LE MARIAGE OU PAR ADOPTION.

LA SECTION I DOIT ÊTRE REMPLIE IDENTIFIER LA SOURCE DE DROIT COMME DEMANDEUR PAR FILIATION ET LA DOCUMENTATION PROUVANT LA RELATION AVEC LE DEMANDEUR PRIMAIRE DOIT ÉGALEMENT ÊTRE SOUMISE AVEC LE FORMULAIRE DE REVDICATION

Préfixe

M. Mme Mlle

Prénom

Nom de famille

Adresse

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone (maison)

Numéro de téléphone (travail)

Numéro de téléphone (cellulaire)

Numéro de téléphone (télécopieur)

Adresse de courriel

Date de naissance

Relation avec le demandeur primaire :

J'ai joint une preuve de ma relation avec le demandeur primaire

SECTION IV : INFORMATION SUR L'AVOCAT

REMARQUE : SI LA SECTION CI-DESSOUS EST REMPLIE, TOUTES LES CORRESPONDANCES SERONT ENVOYÉES À L'ADRESSE CI-DESSOUS. SI L'UNE DES INFORMATIONS CI-DESSOUS CHANGE, L'ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS DOIT ÊTRE INFORMÉ PAR ÉCRIT DE CE CHANGEMENT.

À REMPLIR UNIQUEMENT SI LE DEMANDEUR EST REPRÉSENTÉ PAR UN AVOCAT

Nom du cabinet d'avocats :

Nom de l'avocat :

Adresse

Numéro de téléphone (maison)

Numéro de téléphone (travail)

Numéro de téléphone (cellulaire)

Numéro de téléphone (télécopieur)

Barreau n° :

SECTION V : SUIS-JE UN MEMBRE DE LA CLASSE ADMISSIBLE?

Il y a 3 parties dans cette section. Veuillez remplir ①, ② et ③

Conditions de seuil

Cochez
uniquement
les cases qui
s'appliquent

①

Les demandeurs primaires doivent satisfaire un ou plusieurs seuils nécessaires à **la preuve de FPS¹**
ingestion de plus 45 ml :

- Dossier médical indiquant qu'une procédure nécessitant une préparation intestinale a été réalisée et la preuve d'achat antérieure de FPS
- Dossier médical de la consultation avant la procédure, les dossiers de procédure ou de procédure postérieure attestant l'utilisation de FPS
- Instructions générales pour la préparation de l'intestin pour l'utilisation de FPS avec un dossier médical attestant d'une procédure nécessitant une préparation colique
- Déclaration du médecin de l'utilisation de plus de 45 ml de FPS en 24 heures comme préparation intestinale
- Dossier médical indiquant qu'une procédure nécessitant une préparation intestinale a été réalisée, un affidavit du requérant relatif à l'utilisation de plus de 45 ml de FPS en 24 heures en rapport à cette procédure et une déclaration que la diligence raisonnable a été exercée en tentant d'obtenir les instructions de préparation intestinale utilisées par le demandeur.

FAIRE UNE LISTE DE TOUS LES CAS D'INGESTION DE FPS

	Date	Heure	Substance ingérée	Quantité (ml)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

¹ FPS se réfère à tous les produits Fleet contenant Fleet® Phospho-soda®.

SUIS-JE UN MEMBRE DE LA CLASSE ADMISSIBLE? SUITE

②

Les demandeurs primaires doivent satisfaire un ou plusieurs seuils nécessaires à **la preuve de lésion rénale liée au FPS** :

Cochez
uniquement
les cases qui
s'appliquent

- Si le demandeur a subi une biopsie du rein après ingestion² La biopsie doit montrer les éléments suivants :
 - nécrose tubulaire et/ou une fibrose interstitielle;
 - dépôt de phosphate de calcium; et
 - l'évaluation clinique de la néphropathie aiguë Phosphate (« NA ») ou néphrocalcinose ou lésions rénales aiguës (« LRA ») dans la biopsie ou autre dossier médical³.
- En l'absence d'une biopsie, un rapport d'expert selon le cas spécifique, indiquant que l'utilisation de plus de 45 ml de FPS comme une préparation intestinale ayant causée ou contribué à une insuffisance rénale chez le demandeur
- En l'absence d'une biopsie, les dossiers médicaux de diagnostic du patient avec des lésions rénales, dont le préjudice a été causé ou favorisé par l'utilisation de la préparation intestinale FPS ou de la procédure médicale pour laquelle la préparation intestinale FPS a été utilisée

③

Les demandeurs primaires ne doivent pas être sujets à l'une des exclusions suivantes :

Cochez
uniquement
les cases qui
s'appliquent

- le demandeur n'est pas en mesure de satisfaire une ou plusieurs des conditions de seuil pour la preuve de l'utilisation de plus de 45 ml de FPS dans une période de 24 heures ou une ou plusieurs des conditions de seuil de preuve de lésion rénale lié à la FPS
- Taux de base DFGe⁴ est de 29 ou moins
- Le demandeur a d'abord été conseillé d'utiliser le FPS comme nettoyant d'intestin après le 5 mars 2009
- dans les cas de non transplantation, le DFGe effectif est de 60 ou plus
- Au cas où il n'y a pas de transplantation, de décès et de dialyse, aucun résultat de laboratoire mesurant la valeur de la créatinine ou du DFGe dans les 6 mois suivant la date de soumission de la réclamation.
- Au cas où il n'y pas de transplantation, la valeur sérique du demandeur ou du DFGe est retournée à ou a été améliorée par rapport au taux de base de la valeur sérique de créatinine ou du DFGe pendant les 12 mois de l'ingestion.
- Aucun des cas n'est applicable

ARRÊTEZ VOUS ICI (VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE) SI :

VOUS N'AVEZ PAS COCHÉ UNE OPTION DANS ① OU

VOUS N'AVEZ PAS COCHÉ UNE OPTION DANS ② OU

VOUS N'AVEZ PAS COCHÉ « AUCUN DES CAS SUSMENTIONNÉS » DANS ③

²Le demandeur qui a subi une biopsie rénale après l'ingestion ne doit être envisagé pour le règlement que si les résultats de la biopsie sont produits. Sur demande, le matériel de biopsie doit être soumis à l'examen.

³Il peut également être démontré par une déclaration ou un rapport après examen du rapport de biopsie ou de matériaux de biopsie.

⁴Le « DFGe de base » désigne le plus récent DFGe avant l'ingestion de FPS comme indiqué : (1) sur les rapports de laboratoires; ou (2) calculé autrement en utilisant l'échelle MDRD.

SECTION VI : QUEL EST LE TYPE DE PRÉJUDICE REVENDIQUÉ?

Catégories des préjudices

Veuillez mentionner le dernier DFG connu ou le sérum de créatinine : _____.

Date du plus récent test du DFG ou du taux de créatinine : / /

Cochez la plus grande catégorie qui s'applique (**cochez uniquement une case**)

	Catégorie	Blessures subies	Documentation requise
<input type="radio"/>	IX	Décès illicite	Voir le tableau ci-dessous
<input type="radio"/>	VIII	Dialyse à long terme/permanente ⁵	Voir le tableau ci-dessous
<input type="radio"/>	VII	Transplantation rénale ⁶	Voir le tableau ci-dessous
<input type="radio"/>	VI	Maladie rénale chronique (« MRC ») de stade IV : DFG de 19 ou moins	Dossiers médicaux montant un DFG ou un taux de créatinine sérique dans les 6 derniers mois
<input type="radio"/>	V	MRC de stade IV : DFG de 20 à 29	Dossiers médicaux montrant un DFG ou une créatinine sérique dans les 6 derniers mois
<input type="radio"/>	IV	MRC de stade III (d) : DFG de 30 à 35	Dossiers médicaux montrant un DFG ou une créatinine sérique dans les 6 derniers mois
<input type="radio"/>	III	MRC de stade III (c) : DFG de 36 à 44	Dossiers médicaux montrant un DFG ou une créatinine sérique dans les 6 derniers mois
<input type="radio"/>	II	MRC de stade III (b) : DFG de 45 à 54	Dossiers médicaux montrant un DFG ou une créatinine sérique dans les 6 derniers mois
<input type="radio"/>	I	MRC de stade III (a) : DFG de 55 à 59	Dossiers médicaux montrant un DFG ou une créatinine sérique dans les 6 derniers mois

DOCUMENTS REQUIS POUR UNE BLESSURE SPÉCIFIQUE

Blessures subies	Documents requis
Décès illicite	Le certificat de décès ou le rapport d'autopsie établissant que la lésion rénale était la cause primaire du décès du demandeur primaire. Si le certificat de décès ou le rapport d'autopsie n'identifie pas la lésion rénale comme étant la cause primaire du décès du demandeur primaire, la blessure à indemniser sera régie par le dernier DFG connu du demandeur primaire en rapport avec une lésion rénale après l'ingestion du FPS.
Dialyse à long terme/permanente	(i) Les dossiers médicaux établissant que le demandeur primaire a effectué plus de 3 ans de dialyse; ou (ii) le demandeur primaire est sous dialyse depuis moins de 3 ans et les dossiers médicaux ou l'affidavit du médecin traitant établit que le demandeur primaire n'est pas admissible à une transplantation ou qu'une transplantation rénale n'est pas réalisable.
Transplantation rénale	(i) Les dossiers médicaux confirment une transplantation effective; ou (ii) les dossiers médicaux confirment une insuffisance rénale en phase terminale : (A) DFG de 19 ou moins doublé d'une preuve d'accord de la liste d'attente pour une transplantation rénale; ou (B) DFG de 19 ou moins doublé d'une preuve d'un donneur vivant approuvé.

⁵Cette catégorie inclut les demandeurs ayant déjà effectué 3 ans de dialyse et ceux qui ont moins de 3 ans de dialyse, dont les dossiers médicaux ou l'affidavit du médecin traitant établissent qu'une transplantation rénale n'est pas réalisable ou que le patient n'est pas admissible pour une transplantation rénale.

⁶Cette catégorie comprend les demandeurs qui : (1) ont effectivement eu une transplantation; (2) ont un DFG de 19 ou moins et sont sur une liste de transplantation rénale et attendent ardemment une transplantation; ou (3) ont un DFG de 19 ou moins et ont un donneur vivant et attendent ardemment une transplantation.

SECTION VII : INFORMATION DE DIAGNOSTIC

À quelle date le demandeur a-t-il été informé ou a été conscient du diagnostic du préjudice lié à la maladie rénale et qu'un tel préjudice était lié à l'utilisation de la préparation de l'intestin pour la prise de FPS? (Applicable uniquement s'il existe un dossier médical ou tout autre rapport le signalant)

Date

/ /
J J M M A A A A

Section A : ligne de base et dernier DFG connu

* Veuillez fournir les résultats des rapports de laboratoires; s'ils ne sont pas disponibles, veuillez fournir les résultats de laboratoires documentés dans le dossier médical. Si le demandeur pense qu'un rapport de laboratoire contient une erreur, il est de sa responsabilité d'établir cette erreur en soumettant une preuve médicale crédible (p. ex., la déclaration d'un médecin, les dossiers médicaux précédant qui montrent que le ou les médecins ont par le passé considéré le résultat de laboratoire comme ayant une erreur ou toute autre preuve démontrant l'erreur dans le dossier)

Taux de base du DFGe et de la créatinine (Dernier DFGe mesuré et taux de créatinine avant l'ingestion. Veuillez fournir les deux, si disponible.)

DFGe : _____

Source : rapport de laboratoire ou dossier médical

Date : / /
J J M M A A A A

Taux de créatinine : _____

Source : rapport de laboratoire ou dossier médical

Date : / /
J J M M A A A A

Dernier DFGe connu et créatinine (dernier DFGe mesuré, pris dans les six derniers mois à moins que le demandeur ne subisse une dialyse permanente, qu'il ait reçu une transplantation ou est décédé):

DFGe : _____

Source : rapport de laboratoire ou dossier médical

Date : / /
J J M M A A A A

Taux de créatinine : _____

Source : rapport de laboratoire ou dossier médical

Date : / /
J J M M A A A A

Section B – Résultats de la biopsie (Remplir cette section uniquement si une biopsie a été faite)

<input type="radio"/>	Résultat de la biopsie d'APN, selon les critères de seuil et <ul style="list-style-type: none">• rapport de biopsie (ou additif ou examen subséquent à la biopsie) reflète le fait que la biopsie est compatible avec le diagnostic d'APN; ou• rapport d'expert ou dossier médical qui reflètent la biopsie d'APN.
<input type="radio"/>	Les résultats de la biopsie montrent que le dépôt de phosphate de calcium est de < 30 lumina tubulaires dans un échantillon de huit glomérules ou plus
<input type="radio"/>	En plus de l'APN, la biopsie rénale comprend les résultats de l'un ou plusieurs des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none">• néphrite interstitielle active et/ou chronique, avec inflammation interstitielle associée à d'importants tubulites;• le dépôt de calcium-oxalate est égal ou supérieur au nombre de dépôts de phosphate de calcium Les résultats de la biopsie montrent que le dépôt de phosphate de calcium est de > 30 lumina tubulaires dans un échantillon de huit glomérules ou plus; <ul style="list-style-type: none">• le dépôt de calcium-oxalate est au moins la moitié du nombre de dépôts de phosphate de calcium où le dépôt de phosphate de calcium est de < 30 lumina tubulaires dans un échantillon de huit glomérules ou plus.
<input type="radio"/>	Une biopsie après l'ingestion reflète un agent de contraste induisant des préjudices et le demandeur a effectivement utilisé un agent de contraste entre le dernier taux de créatinine connu et le diagnostic de l'IRA (insuffisance rénale aiguë)

Section C - Résultats de laboratoire après l'ingestion si une biopsie n'a pas été faite

(Remplir cette section uniquement si une biopsie n'a pas été faite)

<input type="radio"/>	Les derniers résultats de laboratoire avant l'ingestion NE montrent PAS d'hyperphosphatémie ou d'hypocalcémie ET Les derniers résultats de laboratoire 48 heures après la première ingestion montrent de l'hyperphosphatémie ou de l'hypocalcémie
<input type="radio"/>	Les derniers résultats de laboratoire avant l'ingestion NE montrent PAS d'hyperphosphatémie ou d'hypocalcémie ET Les derniers résultats de laboratoire 48 heures après la première ingestion NE montrent PAS de l'hyperphosphatémie ou de l'hypocalcémie
<input type="radio"/>	Au moment du diagnostic initial de la maladie rénale après ingestion, les premiers résultats après ingestion montraient (cochez toutes les cases correspondantes) : <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Protéinurie (définie comme + 3 ou plus avec une jauge; ou 1 gramme/1 000 milligrammes ou plus de protéine avec une analyse macroscopique)<input type="radio"/> Hématurie (définie comme + 3 ou plus avec une jauge; ou modéré ou plus de sang avec une analyse macroscopique; ou plus de 3 cellules sanguines avec analyse microscopique)<input type="radio"/> Sédiment urinaire actif⁷ (défini comme la présence anormale d'un cylindre urinaire, de cristaux, de polynucléaire éosinophile, de pyorrhée ou de globules rouges déformés)
<input type="radio"/>	Le demandeur a utilisé un produit de contraste entre la ligne de base de la créatinine et le diagnostic d'une insuffisance rénale aiguë (« IRA »)
<input type="radio"/>	Au moment de l'ingestion, une néphrite aiguë ou chronique a été diagnostiquée chez le demandeur
<input type="radio"/>	Une néphrite aiguë ou chronique a été diagnostiquée chez le demandeur
<input type="radio"/>	Une chaîne légère, un myélome ou une maladie du rein auto-immune ont été diagnostiquées chez le demandeur

Section D – Préparation de l'intestin

<input type="radio"/>	L'évidence de seuil relative à l'utilisation de plus de 45 ml de FPS en 24 heures est basée uniquement sur un dossier médical indiquant qu'une procédure exigeant une préparation de l'intestin a été effectuée et qu'un affidavit du demandeur relatif à la prise d'une dose de plus de 45 ml de FPS en rapport avec une telle procédure
<input type="radio"/>	Plus de 45 ml de FPS a été ingéré en une dose unique
<input type="radio"/>	Une dose d'un total de plus de 90 ml de FPS a été ingérée en 24 heures
<input type="radio"/>	L'ingestion a eu lieu après le 19 mars 2002 ET Le demandeur a ingéré un produit contenant du phosphate de sodium, a effectué un lavement au phosphate de sodium ou tout autre purgatif pour la préparation intestinale
<input type="radio"/>	Un laxatif ne contenant pas de phosphate de sodium a été utilisé en partie dans la préparation de l'intestin
<input type="radio"/>	Moins de 5 heures entre l'ingestion de doses de FPS
<input type="radio"/>	Moins de 4 heures entre l'ingestion de doses de FPS

Section E – Conditions médicales au moment de l'ingestion

<input type="radio"/>	Au moment de l'ingestion, le patient a été diagnostiqué avec un ou plusieurs des éléments suivants : Mégacôlon Insuffisance cardiaque congestive Occlusion intestinale ET L'ingestion a eu lieu après le 19 mars 2002 Ascites ET L'ingestion a eu lieu après le 19 mars 2002 Au moment de l'ingestion, le patient souffrait d'une, ou a déjà été diagnostiqué de la maladie de Crohn, ou d'une colite ET L'ingestion a eu lieu après janvier 2003
<input type="radio"/>	Au moment de l'ingestion, le demandeur était âgé de moins de 12 ans

Section F – Hyperparathyroïdie (À remplir si le demandeur a subi une hyperparathyroïdie secondaire due à l'ingestion de FPS)

<input type="radio"/>	Le demandeur a subi une chirurgie liée à une hyperparathyroïdie secondaire diagnostiquée après l'ingestion de FPS ⁸
<input type="radio"/>	Le demandeur a subi une chirurgie liée à une hyperparathyroïdie secondaire diagnostiquée après l'ingestion de FPS ⁹
<input type="radio"/>	Le demandeur est toujours sous traitement médical pour une hyperparathyroïdie secondaire diagnostiquée après l'ingestion de FPS
<input type="radio"/>	Si le demandeur est toujours sous traitement médical, veuillez sélectionner l'un des médicaments suivants que la partie requérante prend : Chélateurs de phosphate communs : Hydroxyde d'aluminium (Alucaps) Carbonate de calcium (Calcichew, Titalac) Acétate de calcium (PhosEX, PhosLo) Carbonate de lanthane (Fosrenol) Sevelamer (Renagel, Renvela)

⁸Nécessite le dossier médical ou un rapport d'expertise établissant la relation après une coloscopie de la MRC

⁹Nécessite le dossier médical ou un rapport d'expertise établissant la relation après une coloscopie de la MRC

Section F – suite

<input type="radio"/>	« Formes actives de la vitamine D » communes (médicaments sur ordonnance ou aucune multi-vitamine ou supplément de vitamine D ou de calcium) :
<input type="radio"/>	Calciol (parfois aussi appelé calcifédiol ou 25-hydroxyvitamine D avec les noms de marque Calderol, Decostriol et Dedrogyl)
<input type="radio"/>	Dihydratostérol (DHT Intensol)
<input type="radio"/>	Calcitriol (One Alpha, Rocaltrol et/ou Calcijex en cas d'injection)
<input type="radio"/>	Doxercalciférol (Hectorol)
<input type="radio"/>	Paricalcitol (Zemplar)
<input type="radio"/>	Calcimimétiques communes : Sensipar (cinacalcet) NPS R-467 ou NPS R-568

Section G – Anémie (À ne remplir que si le demandeur a subi une anémie en raison de l'ingestion de FPS)

<input type="radio"/>	Le demandeur a été diagnostiqué d'une anémie suite à une insuffisance rénale causée par l'ingestion de FPS, nécessitant un traitement continu
<input type="radio"/>	Le demandeur primaire souffrait d'anémie au moment de l'ingestion de FPS
<input type="radio"/>	Le demandeur reçoit un traitement continu avec une thérapie par érythropoïétine et/ou des suppléments de fer

Section H – Dialyse (À remplir seulement s'il est exigé au demandeur ou si ce dernier continue d'exiger une dialyse en raison de l'ingestion de FPS.)

<input type="radio"/>	Le demandeur a déjà subi une dialyse à court terme impliquant vingt-cinq sessions ou plus
<input type="radio"/>	Le demandeur a déjà subi une dialyse à court terme impliquant entre une et vingt-quatre sessions
<input type="radio"/>	Le demandeur a déjà subi un traitement de perfusion de thiosulfate de sodium
<input type="radio"/>	Le demandeur est actuellement en dialyse (Si c'est le cas, veuillez indiquer la durée de la dialyse)
<input type="radio"/>	Jusqu'à une année de dialyse terminée
<input type="radio"/>	1 à 2 années de dialyse terminée
<input type="radio"/>	2 à 3 années de dialyse terminée

SECTION VIII : CONSENTEMENT POUR LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Demandeur primaire

RÈGLEMENT DU RECOURS COLLECTIF CONTRE FLEET PHOSPHO-SODA® Consentement pour la divulgation des renseignements médicaux

**** (Les représentants des demandeurs primaires doivent remplir et soumettre ce formulaire)****

À : _____ (NE PAS REMPLIR)
(Docteur, hôpital or professionnel des soins de santé)

ADRESSE : _____ (NE PAS REMPLIR)
_____ (NE PAS REMPLIR)

TÉLÉPHONE : _____ (NE PAS REMPLIR)

JE _____ DATE DE NAISSANCE _____ N° DE LA CARTE DE SANTÉ _____
(nom imprimé) (JJ/MM/AAAA) (Insérer le n° de la carte de santé)

J'AUTORISE PAR LE PRÉSENTE ET VOUS PERMET de fournir à NPT RicePoint Class Action Services **une copie complète** de mon dossier médical relatif à ma condition physique et à mon traitement y compris, les opinions, les notes et les rapports cliniques, les résultats de test (y compris, tous les résultats de laboratoires disponibles et les rapports médicaux démontrant la fonction rénale avant et après l'ingestion du FPS), les copies des ordonnances médicales, des copies des rapports médicaux de tous les hôpitaux visités, les comptes des traitements, les références et le pronostic.

Je comprends que :

- Cette information sera utilisée uniquement pour évaluer mon admissibilité dans le cadre du règlement du recours collectif contre Fleet Phospho-Soda® et le montant de l'indemnité, le cas échéant, auquel je pourrais avoir droit.
- Cette information est confidentielle et, sauf exigé par la loi, sera utilisée et divulguée uniquement dans le cadre de la résolution du règlement.
- Je comprends les raisons pour lesquelles il m'a été demandé de divulguer cette information et je suis conscient des risques et des avantages relatifs au consentement ou au refus de consentir à la divulgation de cette information.
- Je peux révoquer (retirer) cette autorisation par écrit à tout moment en télécopiant ou en envoyant une lettre de révocation signée à NPT RICE POINT Class Action Services à :

NPT RicePoint Class Action Services
Case postale 3355
London (Ontario) N6A 4K3
Téléphone : 1 866 432-5534
Télécopieur : 1 (519) 432-6544
Courriel : fleet@nptricepoint.com
www.fleetphosphosodaaction.com

En date du _____ 20 _____

Signature : _____

Signature du témoin : _____

SECTION VIII : CONSENTEMENT POUR LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Représentant du demandeur

RÈGLEMENT DU RECOURS COLLECTIF CONTRE FLEET PHOSPHO-SODA® Consentement pour la divulgation des renseignements médicaux

**** (Les représentants des demandeurs doivent remplir et soumettre ce formulaire)****

À : _____ (NE PAS REMPLIR)
(Docteur, hôpital or professionnel des soins de santé)

ADRESSE : _____ (NE PAS REMPLIR)

_____ (NE PAS REMPLIR)

TÉLÉPHONE : _____ (NE PAS REMPLIR)

CONCERNANT : _____ (NE PAS REMPLIR)

DATE DE NAISSANCE _____ **N° DE LA CARTE DE SANTÉ** _____
(JJ/MM/AAAA) (Insérer le n° de la carte de santé)

Je suis le (cochez une case) :

- Représentant légal de la personne susmentionnée OU
 Tuteur d'instance ou tuteurs de la personne susmentionnée

JE, _____, PAR LA PRÉSENTE AUTORISE ET VOUS PERMET
(nom imprimé)

de fournir à NPT RicePoint Class Action Services une copie complète de mon dossier médical relatif à ma condition physique et à mon traitement, y compris, les opinions, les notes et les rapports cliniques, les résultats de test (y compris, tous les résultats de laboratoires disponibles et les rapports médicaux démontrant la fonction rénale avant et après l'ingestion du FPS), les copies des ordonnances médicales, des rapports médicaux de tous les hôpitaux visités, les comptes des traitements, les références et le pronostic.

Je comprends que :

- Cette information sera utilisée uniquement pour évaluer mon admissibilité dans le cadre du règlement du recours collectif contre Fleet Phospho-Soda® et le montant de l'indemnité, le cas échéant, auquel je pourrais avoir droit.
- Cette information est confidentielle et, sauf exigé par la loi, sera utilisée et divulguée uniquement dans le cadre de la résolution du règlement.
- Je comprends les raisons pour lesquelles il m'a été demandé de divulguer cette information et je suis conscient des risques et des avantages relatifs au consentement ou au refus de consentir à la divulgation de cette information.
- Je peux révoquer (retirer) cette autorisation par écrit à tout moment en télécopiant ou en envoyant une lettre de révocation signée à NPT RICE POINT Class Action Services à :

NPT RicePoint Class Action Services
Case postale 3355
London (Ontario) N6A 4K3
Téléphone : 1 866 432-5534
Télécopieur : 1 (519) 432-6544
Courriel : fleet@nptricepoint.com
www.fleetphosphosodaaction.com

En date du _____ 20 _____

Signature : _____

Signature du témoin : _____

LISTE DE CONTRÔLE DU DEMANDEUR PRIMAIRE

(Veuillez cocher toutes les cases applicables ci-dessous concernant votre demande)

- Formulaire de réclamation (sections I, V-IX et IV, le cas échéant)
- Tous les résultats de laboratoires et les dossiers médicaux démontrant :
 - (a) une fonction rénale effective;
 - (b) une fonction rénale avant et après l'ingestion de FPS; et
 - (c) les antécédents médicaux du demandeur primaire avant et après l'ingestion de FPS.
 - (d) Dans le cas où un demandeur primaire est incapable d'obtenir des dossiers médicaux ou des résultats de laboratoires démontrant son activité rénale au cours des deux années précédant l'ingestion, le demandeur primaire devra soumettre un affidavit expliquant les efforts entrepris pour obtenir ces informations et les raisons pour lesquelles elles ne pouvaient pas être obtenues.
- Dans tous les cas de dialyses non permanentes, les cas où il n'y a pas de transplantation, ni de décès, les résultats de laboratoire à l'appui de la catégorie du préjudice indemnifiable doit être daté dans les 6 mois suivant la date à laquelle la demande est déposée
- Formulaire de consentement de direction médicale

LISTE DE CONTRÔLE DU REPRÉSENTANT DU DEMANDEUR

- Formulaire de réclamation (sections I, II, V-IX et IV, le cas échéant)
 - Preuve attestant de la capacité du représentant
 - Toutes les données du demandeur primaire (voir la liste de contrôle du « demandeur primaire » ci-dessus)
- Formulaire de consentement de direction médicale

LISTE DE CONTRÔLE DU DEMANDEUR PAR FILIATION

- Formulaire de réclamation (sections I, III, IX et IV, le cas échéant)
 - Preuve de lien avec le bénéficiaire de Fleet
 - Documentation
 - Certificat de naissance; et/ou
 - Certificat de mariage; et/ou
 - Autre

Que dois-je soumettre avec le formulaire de réclamation?

Pour devenir un demandeur primaire admissible, les informations suivantes doivent être fournies :

1. Tous les résultats de laboratoires et les dossiers médicaux démontrant :
 - (a) une fonction rénale effective;
 - (b) une fonction rénale avant et après l'ingestion de FPS; et
 - (c) les antécédents médicaux du demandeur primaire avant et après l'ingestion de FPS.
 - (d) Dans le cas où un demandeur primaire est incapable d'obtenir des dossiers médicaux ou des résultats de laboratoires démontrant son activité rénale au cours des deux années précédant l'ingestion, il devra soumettre un affidavit expliquant les efforts entrepris pour obtenir ces informations et les raisons pour lesquelles elles ne pouvaient pas être obtenues.

2. Dans le cas des dialyses à court terme, au cas où il n'y pas de transplantation ou de décès, les résultats de laboratoires à l'appui de la blessure à indemniser doivent être datés dans les six mois de la réclamation remplie. La détermination d'une catégorie de préjudice indemnisable chez le demandeur primaire et son état de santé seront basés sur les informations fournies à la date de soumission de la réclamation, à moins que la réclamation soit considérée comme insuffisante. Ni le demandeur ou le groupe ne sera autorisé à compléter la réclamation initiale soumise avec un rapport de laboratoire ou un état de santé ou toute autre donnée obtenue après la soumission de la réclamation, sauf dans des cas particuliers où : (1) il existe une preuve que le rapport de laboratoire le plus récent et/ou l'état de santé ont été demandés avant que la réclamation n'ait été remplie; et (2) le rapport de laboratoire et/ou l'état de santé n'ont pas été soumis à temps par le fournisseur des soins de santé.