

CONFIDENTIEL ET PRIVILÉGIÉ

**FORMULAIRE D'INFORMATION POUR LES MEMBRES POTENTIELS
DU RECOURS COLLECTIF**

**OBJET : RECOURS COLLECTIF CONCERNANT LES PATCHS EN FILET
KUGEL AU CANADA**

1. Nom :

M./Mme/Mlle _____ Prénom _____ Nom de famille _____

2. Adresse :

Rue _____ Numéro de téléphone à domicile _____

_____ Numéro de téléphone au travail _____

Ville _____ Numéro de téléphone cellulaire _____

Province _____ Code postal _____ Adresse de courriel _____

3. Veuillez indiquer les détails de votre opération de rétablissement d'hernie, dont la date, l'hôpital, le chirurgien, et les techniques chirurgicales employées, si vous les connaissez.

4. **Avez-vous reçu un patch en filet Kugel (Kugel Mesh) ou un produit chirurgical semblable? Veuillez préciser.**

5. **Avez-vous souffert de complications ou de symptômes postopératoires inattendus? Avez-vous bénéficié de consultations médicales concernant les causes ou les traitements possibles de tels problèmes? Veuillez préciser.**

6. **Date d'aujourd'hui : _____**

Veillez soumettre le questionnaire dûment rempli et les documents pertinents, dont les formulaires de consentement signés nécessaires pour la divulgation des dossiers médicaux par les médecins traitants et l'hôpital, à l'adresse :

**STEVENSONS LLP
Avocats
144, rue Front Ouest, bureau 400
Toronto (Ontario) M5J 2L7**

**416-599-7900 (tél.)
416-599-7910 (téléc.)
bkirkland@stevensonlaw.net**

Merci.

INSTRUCTIONS ET AUTORISATION

(Au médecin)

DESTINATAIRE: Dr.

Nom du médecin

Adresse: _____

Tél: _____

Télé: _____

EXPÉDITEUR:

Nom du patient

Adresse: _____

Tél: _____

Date de naissance: _____

N° de carte santé _____

EN VERTU DES PRÉSENTES, JE SOUSSIGNÉ VOUS AUTORISE ET VOUS ORDONNE, vous, ainsi que tout médecin, chirurgien, praticien ou toute autre personne qui m'a traité, ou l'hôpital ou l'installation médicale dans laquelle j'ai été traité ou examiné ou dans laquelle je pourrais être traité ou examiné à l'avenir, ou tout gouvernement ou autre ministère gérant mes dossiers de santé, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à fournir à STEVENSONS LLP, Avocats, tous les renseignements qu'ils peuvent demander relativement à quelque maladie, blessure, antécédents médicaux, consultation, examen, médicament ou traitement me concernant que ce soit, à fournir des exemplaires de tous les dossiers d'hospitalisation et de consultation, et à préparer les rapports médicaux que STEVENSONS LLP peut demander périodiquement. Une photocopie ou une copie fac-similée du présent document d'instructions et d'autorisation sera tout aussi effective et valable que le document original.

CELA CONSTITUERA votre autorisation à ces fins.

DATÉ À, en ce e/er jour de/d'.....2010.

Signature du témoin
Nom du témoin en lettres moulées:

Signature du patient

INSTRUCTIONS ET AUTORISATION

(À l'hôpital)

DESTINATAIRE: Dr.

Nom de l'hôpital ou de l'institution de santé

Adresse:

Tél:

Télé:

EXPÉDITEUR:

Nom du patient

Adresse:

Tél:

**Date de
naissance:**

**N° de carte
santé**

EN VERTU DES PRÉSENTES, JE SOUSSIGNÉ VOUS AUTORISE ET VOUS ORDONNE, vous, ainsi que tout médecin, chirurgien, praticien ou toute autre personne qui m'a traité, ou l'hôpital ou l'installation médicale dans laquelle j'ai été traité ou examiné ou dans laquelle je pourrais être traité ou examiné à l'avenir, ou tout gouvernement ou autre ministère gérant mes dossiers de santé, y compris le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, à fournir à STEVENSONS LLP, Avocats, tous les renseignements qu'ils peuvent demander relativement à quelque maladie, blessure, antécédents médicaux, consultation, examen, médicament ou traitement me concernant que ce soit, à fournir des exemplaires de tous les dossiers d'hospitalisation et de consultation, et à préparer les rapports médicaux que STEVENSONS LLP peut demander périodiquement. Une photocopie ou une copie fac-similée du présent document d'instructions et d'autorisation sera tout aussi effective et valable que le document original.

CELA CONSTITUERA votre autorisation à ces fins.

DATÉ À, en ce e/er jour de/d'2010.

Signature du témoin

Nom du témoin en lettres moulées:

Signature du patient