

Administrateur de règlement  
a/s RicePoint Administration Inc.  
P.O. Box 4454, Toronto Station A  
25 The Esplanade  
Toronto, ON M5W 4B1



**TVQ**

*ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX DISPOSITIFS  
DE MAILLES TRANSVAGINALES BSC*

**DOIT ÊTRE POSTÉ AU PLUS TARD LE 18 JANVIER 2023, LE CACHET DE LA POSTE FAISANT FOI**

**Formulaire de réclamation - période de réclamation supplémentaire**

**RÈGLEMENT CONCERNANT L'ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX DISPOSITIFS  
DE MAILLES TRANSVAGINALES BOSTON SCIENTIFIC CORPORATION**

**INSTRUCTIONS À L'INTENTION DES RÉCLAMANTS**

Les dispositifs de mailles transvaginales Boston Scientific Corporation sont utilisés pour traiter l'incontinence urinaire d'effort (« IUE ») ou le prolapsus des organes pelviens (« POP »). Pour être recevable, une réclamation effectuée lors de la période de réclamation supplémentaire doit être déposée pour une personne résidant au Canada et concerner un dispositif de mailles transvaginales BSC implanté le ou avant le 28 février 2020.

Aux fins du présent formulaire de réclamation, « dispositifs de mailles transvaginales BSC » comprend les dispositifs énumérés ci-dessous. Si vous avez eu l'implantation de plus d'un des dispositifs énumérés ci-dessous, vous pouvez déposer une réclamation pour chacun de ces dispositifs.

« Dispositifs de mailles transvaginales BSC » désigne Advantage System (incluant, mais sans s'y limiter, Advantage Fit System), Obtryx Transobturator Mid-Urethral Sling, Obtryx II, Lynx Suprapubic Mid-Urethral Sling System, Solyx Single Incision Sling (SIS), Pinnacle Pelvic Floor Repair Kit, anterior/apical and posterior configuration et Uphold Vaginal Support System.

**DATE LIMITE POUR DÉPOSER UNE RÉCLAMATION: 18 janvier 2023**

**Les formulaires de réclamation peuvent être soumis à l'administrateur des réclamations en ligne au [www.canadabscmeshclassaction.com](http://www.canadabscmeshclassaction.com).**

**Les formulaires de réclamation en version papier doivent être envoyés par la poste au plus tard le 18 janvier 2023, le cachet de la poste faisant foi, à l'adresse suivante:**

*Administrateur de règlement*  
a/s RicePoint Administration Inc.  
P.O. Box 4454, Toronto Station A  
25 The Esplanade  
Toronto (Ontario) M5W 4B1



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
----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---	--

Si vous avez besoin d'aide ou de conseils pour compléter le formulaire de réclamation, vous pouvez, à vos frais, retenir les services d'un avocat ou communiquer gratuitement avec l'administrateur des réclamations au 1-866-795-5067. **Les réclamants qui retiennent les services d'avocats ou de mandataires pour compléter leur formulaire de réclamation assument entièrement les honoraires et les déboursés de ceux-ci.**

Les réclamants (ou leurs avocats ou mandataires) **doivent** informer l'administrateur des réclamations **par écrit** de tout changement ou de toute correction à apporter à leur nom, à leur adresse ou à leur numéro de téléphone ainsi que de tout changement de représentant légal.

Veillez conserver des copies de tous les documents que vous transmettez à l'administrateur des réclamations.

Comme il pourrait vous falloir plusieurs semaines, même plus longtemps, pour obtenir les dossiers médicaux à l'appui de votre réclamation, nous vous recommandons de commencer dès maintenant le processus de réclamation.

Si vous déposez une réclamation pour le compte d'une succession ou d'une personne inapte, vous devez fournir tous les documents attestant votre qualité de représentant de la succession ou de la personne inapte.

### **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 du règlement relatif aux dispositifs de mailles transvaginales Boston Scientific Corporation (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, et ces renseignements ne seront pas communiqués sans le consentement écrit exprès du réclamant, sauf conformément au règlement et au protocole d'indemnisation.



**RÈGLEMENT CONCERNANT L'ACTION COLLECTIVE RELATIVE AUX DISPOSITIFS  
DE MAILLES TRANSVAGINALES BSC - FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

**PARTIE 1 – Identification du réclamant**

Je dépose une réclamation :

- 1. pour mon propre compte**
- 2. pour le compte du réclamant A ou B**
  - A. Une personne inapte**  
Veuillez joindre une copie du document attestant votre pouvoir d'agir (ex. une procuration)
  - B. Une personne décédée**  
Veuillez joindre une copie du document attestant votre pouvoir d'agir (ex. un testament ou une ordonnance d'un tribunal)

*Veuillez compléter les renseignements ci-dessous au sujet du réclamant, lequel doit être âgé d'au moins 18 ans. Si vous ne déposez pas la réclamation pour vous-même, mais pour le compte d'une personne inapte ou d'une succession, veuillez compléter également la partie 2. Si vous êtes un avocat ou un mandataire et que vous déposez le présent formulaire pour le compte d'un client, veuillez compléter la présente partie et la partie 3.*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénom	Initiales du deuxième prénom	
<input type="text"/>		
Nom du réclamant		
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>	
Tél. (maison)	Tél. (travail)	
<input type="text"/>		
Courriel		
<input type="text"/>		
Numéro d'assurance-maladie		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Date de naissance		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Réclamation pour le compte d'une succession, date du décès		

**\*Joindre le certificat de décès officiel.**



## **PARTIE 2 – Identification du représentant**

La présente partie doit être complétée **seulement** si vous déposez une réclamation en votre qualité de représentant d'une personne inapte ou d'une succession. Vous **DEVEZ** fournir une preuve attestant de votre pouvoir d'agir en cette qualité.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénom	Initiales du deuxième prénom	
<input type="text"/>		
Nom du réclamant		
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>	<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>	
Tél. (maison)	Tél. (travail)	
<input type="text"/>		
Courriel		
Informations sur le document attestant du pouvoir d'agir:		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

## **PARTIE 3 – Identification du représentant légal**

La présente partie doit être complétée **seulement** si un avocat ou un mandataire représente le réclamant, le représentant d'une succession ou le représentant d'une personne inapte. Si la présente partie est complétée, toute correspondance sera transmise au représentant légal. Si la présente partie est complétée, vous **DEVEZ** également compléter l'Annexe A.

<input type="text"/>		
Nom du cabinet d'avocats ou d'entreprise du mandataire		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Prénom	Nom de l'avocat ou du mandataire	
<input type="text"/>		
Adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ville	Province	Code postal
<input type="text"/> — <input type="text"/> — <input type="text"/>		
Téléphone		
<input type="text"/>		
Courriel		



**PARTIE 4 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DISPOSITIF DE MAILLES TRANSVAGINALES BSC**

Veillez fournir les renseignements demandés concernant chaque dispositif de mailles transvaginales BSC. **N’incluez pas d’informations concernant les dispositifs de mailles transvaginales fabriqués par d’autres fabricants.**

Dispositif no 1	
Nom/Modèle du dispositif	
Date de l’implantation	
Diagnostic préopératoire	
Diagnostic postopératoire	
Opération pratiquée	
Établissement/Médecin	

Dispositif no 2	
Nom/Modèle du dispositif	
Date de l’implantation	
Diagnostic préopératoire	
Diagnostic postopératoire	
Opération pratiquée	
Établissement/Médecin	

Dispositif no 3	
Nom/Modèle du dispositif	
Date de l’implantation	
Diagnostic préopératoire	
Diagnostic postopératoire	
Opération pratiquée	
Établissement/Médecin	

Dispositif no 4	
Nom/Modèle du dispositif	
Date de l’implantation	
Diagnostic préopératoire	
Diagnostic postopératoire	
Opération pratiquée	
Établissement/Médecin	



**Note : voir la page 1 pour la liste des dispositifs de mailles transvaginales BSC qui sont visés.** Pour avoir droit à une indemnité dans le cadre du règlement, vous **DEVEZ** fournir, pour **CHAQUE** dispositif de mailles transvaginales BSC:

- une copie de l'autocollant ou des autocollants d'identification du/des produit(s);

*OU si vous n'avez pas à votre disposition d'autocollant(s) d'identification du/des dispositif(s) et que l'implant est un dispositif de mailles transvaginales BSC, vous devez fournir une ou plusieurs des preuves suivantes:*

- les dossiers médicaux contemporains à la procédure d'implantation du dispositif de mailles transvaginales BSC contenant les informations d'identification du dispositif (numéros de produit) sur l'autocollant, l'étiquette ou la vignette d'identification du dispositif;
- les dossiers médicaux contemporains à la procédure d'implantation du dispositif de mailles transvaginales BSC contenant les renseignements sur le modèle du dispositif de mailles transvaginales BSC;
- la documentation du chirurgien ayant procédé à l'implantation confirmant le modèle du dispositif de mailles transvaginales BSC OU tout autre document confirmant que le dispositif implanté était un dispositif de mailles transvaginales BSC;
- la documentation du département des achats de l'hôpital où l'implantation a eu lieu confirmant le modèle de dispositif de mailles transvaginales BSC OU tout autre document confirmant que le dispositif implanté était un dispositif de mailles transvaginales BSC.

**Pour les dispositifs de mailles transvaginales fabriqués par UN AUTRE fabricant, veuillez fournir, si possible, la documentation relative au dispositif en question.**

**PARTIE 5 – Traitement admissible et preuve de chirurgie ou de traitement**

Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent et transmettre les preuves médicales au soutien. Note : vous devez transmettre vos dossiers médicaux au soutien de chaque traitement et/ou chirurgie pour avoir droit à une indemnité.

Traitements	Preuve des traitements	Date(s) approximative(s) des traitements
<p>Veuillez indiquer ci-dessous tous les traitements reçus APRÈS l'implantation de votre dispositif de mailles transvaginales BSC que le prestataire médical traitant attribue à une complication ou à des symptômes résultant de l'implantation de votre dispositif de mailles transvaginales BSC.</p>	<p>Aux fins du présent formulaire de réclamation, « preuve de chirurgie ou de traitement » désigne la preuve, au moyen de dossiers médicaux contemporains, tels que des dossiers médicaux ou hospitaliers contemporains, appuyés par une lettre du médecin fournissant toute clarification nécessaire sur le contenu des dossiers, de chaque intervention chirurgicale ou traitement utilisé pour réclamer une indemnité.</p> <p><b><i>Veuillez cocher tous les traitements qui s'appliquent et pour lesquels des dossiers médicaux sont joints à la présente réclamation.</i></b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Médicaments pour le traitement de la douleur pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale confirmant la prescription de médicaments pour le traitement de la douleur pelvienne commençant <b>au moins 90 jours après l'implantation</b> d'un dispositif de mailles transvaginales BSC et en utilisation continue pendant une période d'au moins deux mois.</li> </ul> <p><b><i>Note: La douleur chirurgicale est une conséquence normale d'une intervention chirurgicale et n'est pas indemnisable dans le cadre du règlement.</i></b></p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>



Traitements	Preuve des traitements	Date(s) approximative(s) des traitements
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Physiothérapie du plancher pelvien et/ou de la région vaginale</li> </ul> <p>Date de début:  <input type="text"/></p> <p>Date de fin:  <input type="text"/></p> <p>Nombre de séances:  <input type="text"/></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve de physiothérapie du plancher pelvien et/ou de la région vaginale commençant <b>au moins 90 jours après l'implantation</b> d'un dispositif de mailles transvaginales BSC et comprenant au moins 4 séances sur une période de 60 jours.</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bloc anesthésique (ex. anesthésie péridurale ou rachidienne) pour le traitement de la douleur dans ou provenant de la région pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale de bloc anesthésique (ex. anesthésie péridurale ou rachidienne) pour le traitement de la douleur dans ou provenant de la région pelvienne.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Injection(s) aux points gâchettes et/ou bloc nerveux local et/ou ablation de nerfs dans la région pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale d'injection(s) aux points gâchettes et/ou bloc nerveux local et/ou ablation de nerfs dans la région pelvienne.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Injection(s) de Botox dans les muscles pelviens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale d'injection(s) de Botox dans les muscles pelviens.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Révision et/ou coupe d'un dispositif de mailles transvaginales BSC réalisée sous anesthésie locale ou topique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale de révision et/ou coupe d'un dispositif de mailles transvaginales BSC réalisée sous anesthésie locale ou topique.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Drainage du tractus sinusal ou de l'abcès développé à proximité du site d'implantation ou du tube d'insertion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve médicale de drainage du tractus sinusal ou de l'abcès développé à proximité du site d'implantation ou du tube d'insertion d'un dispositif de mailles transvaginales BSC et effectué <b>au moins 30 jours après l'implantation</b> d'un dispositif de mailles transvaginales BSC.</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 3 infections bactériennes ou plus au vagin ou aux voies urinaires traitées avec des antibiotiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint une preuve de 3 infections bactériennes ou plus au vagin ou aux voies urinaires traitées avec des antibiotiques <b>au moins 30 jours après l'implantation</b> d'un dispositif de mailles transvaginales BSC.</li> </ul>	<hr/> <hr/> <hr/>



Traitements	Preuve des traitements	Date(s) approximative(s) des traitements
<p>● Tout autre traitement non chirurgical ou toute autre pathologie nouvellement apparue lié au dispositif de mailles transvaginales BSC (ex. fistule ou perforation d'organes, tels que la vessie ou l'intestin)</p> <p>Description:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>● Ci-joint une preuve médicale de tout autre traitement non chirurgical ou de toute autre pathologie nouvellement apparue liés au dispositif de mailles transvaginales BSC (ex. fistule ou perforation d'organes, tels que la vessie ou l'intestin).</p> <p><b>Notez bien:</b> les traitements non chirurgicaux n'incluent pas les cystoscopies diagnostiques, les IRM ou les échographies sans preuve de nouvelles conditions liées au maillage.</p>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Chirurgies admissibles	Preuve des chirurgies	Date(s) approximative(s) des chirurgies
<p>Les chirurgies admissibles se définissent comme des interventions chirurgicales réalisées sous anesthésie générale ou régionale aux fins ci-dessous:</p>	<p>Veillez cocher toutes les cases correspondant à une chirurgie pour laquelle une preuve de traitement chirurgical est transmise avec le présent formulaire de réclamation. Des rapports opératoires et des dossiers médicaux doivent être fournis pour chaque chirurgie faisant l'objet d'une réclamation.</p>	
<p>● Retirer un dispositif de mailles transvaginales BSC ou une partie de celui-ci.</p>	<p>● Ci-joint des dossiers chirurgicaux confirmant le retrait d'un dispositif de mailles transvaginales BSC ou d'une partie de celui-ci.</p>	<hr/> <hr/>
<p>● Relâcher les bras d'un dispositif de mailles transvaginales BSC.</p>	<p>● Ci-joint des dossiers chirurgicaux confirmant le relâchement des bras d'un dispositif de mailles transvaginales BSC.</p>	<hr/> <hr/>





Chirurgies admissibles	Preuve des chirurgies	Date(s) approximative(s) des chirurgies
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exciser ou lyser le tissu cicatriciel ou les bandes cicatricielles au site d'implantation d'un dispositif de mailles transvaginales BSC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint des dossiers chirurgicaux confirmant l'excision ou la lyse du tissu cicatriciel ou des bandes cicatricielles au site d'implantation d'un dispositif de mailles transvaginales BSC.</li> </ul>	<hr/> <hr/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Étudier la cause d'une pathologie ou d'un symptôme que le ou les prestataire(s) médical(aux) traitant(s) soupçonnent avoir été causé par l'implantation d'un dispositif de mailles transvaginales BSC, réalisée par voie ouverte ou laparoscopique, et qui, selon les dossiers opératoires, n'aurait pas été causé par un autre facteur (ex. kyste ovarien ou endométriose) identifié pendant la chirurgie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ci-joint des dossiers médicaux confirmant la réalisation d'une étude de la cause d'une pathologie ou d'un symptôme qui aurait été causé par l'implantation d'un dispositif de mailles transvaginales BSC, réalisée par voie ouverte ou laparoscopique, et qui, selon les dossiers opératoires, n'aurait pas été causé par une autre cause (ex. kyste ovarien ou endométriose) identifié pendant la chirurgie.</li> </ul>	<hr/> <hr/>

**PARTIE 6 – Quittance des réclamations**

J'atteste que j'ai reçu une indemnité  / que je n'ai pas reçu d'indemnité  dans le cadre de d'autres recours ou de règlements hors Cour et/ou que j'ai donné quittance à l'égard d'un dispositif de mailles transvaginales BSC.

Si vous avez reçu une indemnité ou avez donné une quittance à l'égard de réclamations, veuillez fournir de plus amples détails:

Indemnité: \$

Détails des réclamations quittancées:



## **PARTIE 7 – Déclaration et autorisation du déclarant**

Le/la soussigné(e)\* consent, par la présente, à la communication des renseignements contenus au présent formulaire de réclamation dans la mesure nécessaire au traitement de la présente réclamation. Il/elle reconnaît et comprend que le présent formulaire de réclamation est un document officiel approuvé par le tribunal ayant compétence à l'égard du règlement, et que la présentation du présent formulaire de réclamation à l'administrateur des réclamations équivaut à son dépôt auprès du tribunal.

Le/la soussigné(e) donne, par la présente à l'administrateur des réclamations l'autorisation de communiquer avec le réclamant aux fins de l'administration de la réclamation.

Je confirme avoir au moins 18 ans.

Après avoir passé en revue les renseignements fournis dans le présent formulaire de réclamation, le/la soussigné(e) déclare, sous peine de parjure, au meilleur de sa connaissance, que ces renseignements sont véridiques et exacts.

Signature du réclamant (ou de son représentant): \_\_\_\_\_

Nom du réclamant (ou de son représentant) en caractères d'imprimerie: \_\_\_\_\_

Date (mois/jour/année): \_\_\_\_\_

### **VEUILLEZ JOINDRE TOUTES LES PREUVES REQUISES AU SOUTIEN DE VOTRE RÉCLAMATION**

#### **AIDE-MÉMOIRE :**

1. Veuillez compléter toutes les sections applicables et signer la section « déclaration et autorisation ».
2. Si la réclamation est présentée par un tiers (un avocat ou un mandataire), veuillez compléter et signer l'Annexe A et la faire signer par un témoin (toute personne âgée d'au moins 18 ans).
3. Conservez une copie de votre formulaire de réclamation et de vos pièces justificatives pour vos dossiers.
4. En cas de déménagement, veuillez transmettre votre nouvelle adresse à l'administrateur des réclamations, sinon il se pourrait que les indemnités prévues dans le cadre du règlement ne vous soient pas versées.



**Annexe A**

**RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES PAR UN REPRÉSENTANT LÉGAL POUR LE  
COMpte D'UN MEMBRE DU GROUPE VISÉ PAR LE RÈGLEMENT**

La présente annexe doit être complétée **seulement** si la réclamation est présentée par un tiers pour le compte du réclamant.

Le ou la soussigné(e) \_\_\_\_\_ [*nom du réclamant, du représentant de la succession ou du  
représentant de la personne inapte*] autorise \_\_\_\_\_

[*nom du représentant légal (avocat ou mandataire)*] à présenter en mon nom une réclamation dans le cadre de l'action collective relative  
aux dispositifs de mailles transvaginales BSC et à recevoir toutes les communications relatives à ma réclamation (y compris le chèque, si  
j'ai droit à un paiement).

FAIT à \_\_\_\_\_ [*nom de la ville*], dans la province \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ [*nom du pays*], le \_\_\_\_\_, 202\_\_.

*Réclamant, représentant de la succession OU représentant de la personne inapte:*

Signature: \_\_\_\_\_

Signature du témoin: \_\_\_\_\_

Nom du témoin en caractères d'imprimerie: \_\_\_\_\_



CETTE PAGE LAISSÉE VIERGE  
INTENTIONNELLEMENT

