

Paxil® et Paxil CR™ - Règlement d'un recours collectif

Veillez remplir, signer et envoyer le présent formulaire avant la date limite de réclamation des demandes le 14 janvier, 2025.

1. Si vous êtes né avec une ou plusieurs malformations congénitales d'une mère à qui l'on a prescrit Paxil® ou Paxil CR™ et qui a consommé Paxil® ou Paxil CR™ durant sa grossesse, ou si vous êtes l'avocat ou le tuteur de l'enfant, veuillez renseigner les informations suivantes :

Prénom (de l'enfant)

Initiale

Nom de famille (de l'enfant)

_____/_____/_____
Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Numéro d'assurance sociale

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone principal

Courriel

2. Si vous êtes la mère d'un enfant diagnostiqué avec une ou plusieurs malformations congénitales après qu'on vous a prescrit du Paxil® ou du Paxil CR™ et que vous avez consommé l'un ou l'autre de ces médicaments durant votre grossesse, veuillez renseigner les informations suivantes :

Prénom (de la mère)

Initiale

Nom de famille (de la mère)

_____/_____/_____
Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Numéro d'assurance sociale

Adresse

Ville

Province

Code postal

Numéro de téléphone principal

Courriel

3. Veuillez indiquer la date à laquelle Paxil® et Paxil CR™ vous ont été prescrits, la date à laquelle Paxil® et Paxil CR™ vous ont été délivrés et la date à laquelle vous avez consommé Paxil® et Paxil CR™. Veuillez fournir les documents justifiant la prescription ou la délivrance du Paxil® et du Paxil CR™.

Date de début : _____ Date de fin : _____

4. Veuillez indiquer la date de naissance de l'enfant qui présente une demande d'indemnisation pour une malformation congénitale :

5. Veuillez indiquer la date du premier jour de vos dernières règles avant la grossesse :

6. Sélectionnez la (les) malformation(s) congénitale(s) sur laquelle (lesquelles) porte la demande d'indemnisation :

Malformation	Specific Injuries
<input type="checkbox"/> Cardiaque	Malformations cardiaques congénitales structurelles, y compris : <ul style="list-style-type: none"> • communication interauriculaire, à l'exclusion du foramen ovale perméable • communication auriculo-ventriculaire • coarctation de l'aorta • transposition des gros vaisseaux • syndrome d'hypoplasie du cœur gauche • atrésie pulmonaire • sténose pulmonaire • tétralogie de Fallot • retour veineux pulmonaire anormal total • atrésie tricuspideenne • troncus arteriosus • communication interventriculaire
<input type="checkbox"/> Crânio-faciale	<ul style="list-style-type: none"> • fente labiale et/ou palatine • craniosynostosis
<input type="checkbox"/> Tube neural	<ul style="list-style-type: none"> • anencéphalie • spina bifida • encéphalocèle
<input type="checkbox"/> Abdominale	<ul style="list-style-type: none"> • gastroschisis • omphalocèle • hernie diaphragmatique
<input type="checkbox"/> Du squelette	<ul style="list-style-type: none"> • pied bot
<input type="checkbox"/> Urinaire / génitale	<ul style="list-style-type: none"> • Testicules non descendus • hypospadias

7. Veuillez indiquer le nom et l'adresse de tout médecin, hôpital ou autre professionnel de la santé ou institution qui a traité l'enfant pour l'une des malformations énumérées ci-dessus, ainsi que les dates de traitement si celles-ci sont connues :

Prestataire	Adresse	Dates du traitement

8. L'enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale pour l'une des malformations mentionnées ci-dessus ?

Oui Non

- i. Si l'enfant a subi une (des) intervention(s) chirurgicale(s), veuillez indiquer ci-dessous le type d'intervention, l'hôpital et la date.

Type d'intervention	Établissement/hôpital	Dates des interventions

9. Veuillez indiquer, pièces justificatives à l'appui, la probabilité d'interventions médicales futures découlant de la malformation congénitale :

10. Veuillez indiquer, pièces justificatives à l'appui, tout éventuel handicap professionnel résultant de la malformation congénitale.

11. Veuillez indiquer, pièces justificatives à l'appui, la probabilité de complications futures potentielles (le cas échéant) résultant de la malformation congénitale.

12. Le(s) soussigné(s) consent(ent) par la présente à la divulgation des informations contenues dans le présent document dans la limite de ce qui est nécessaire au traitement de la présente demande d'indemnisation. Chaque signataire ci-dessous accepte de collaborer avec l'administrateur des réclamations et le responsable des demandes d'indemnisation et de fournir toutes les autorisations et décharges nécessaires relatives au dossier médical afin que ce dernier puisse recueillir les informations nécessaires permettant d'étayer et de vérifier la demande. Chaque signataire ci-dessous reconnaît et comprend que ce *Formulaire de réclamation* est un document officiel de la Cour approuvé par celle-ci qui régit le règlement, et que le soumettre au responsable des demandes d'indemnisation équivaut à le déposer auprès de la Cour. Après avoir examiné les informations fournies dans le présent formulaire, chaque personne déclare, sous peine de parjure, que les informations fournies dans le présent formulaire sont véridiques et correctes au meilleur de ses connaissances, de ses informations et de ses convictions.

Signature de l'Enfant réclamant (s'il s'agit d'un adulte)

(jj/mm/aaaa)

Signature de la mère ou de l'avocat ou autre tuteur

(jj/mm/aaaa)

Veillez remplir, signer et envoyer votre formulaire de demande d'indemnisation avant la date limite de réclamation des demandes le 14 janvier, 2025.

Les formulaires de demande d'indemnisation peuvent être soumis par l'une des méthodes suivantes :

- i. Courriel : claims@trilogyclassactions.ca
- ii. Fax : (416) 342-1761
- iii. Courrier : **Paxil Birth Defects Class Action**
c/o Trilogy Class Action Services
117 Queen Street, P.O. Box 1000,
Niagara-on-the-Lake, Ontario
L0S 1J0
Tél : (877) 400-1211

Pour toute information supplémentaire et mise à jour concernant le recours collectif ou pour consulter les documents de la Cour, visitez le site web à l'adresse suivante : <https://fr.paxilbirthdefectsclassaction.ca/>.