

# ENTENTE DE RÈGLEMENT RELATIVE AU ZYPREXA

## TROUSSE DE FORMULAIRES DE RÉCLAMATION

La trousse de formulaires de réclamation qui suit comprend :

- une déclaration sur la protection des renseignements personnels
- des instructions à l'intention des réclamants
- un résumé de l'Entente de règlement
- un formulaire de réclamation
- un formulaire relatif aux consignes médicales

### DÉCLARATION SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'Administrateur des réclamations recueille, utilise et conserve des renseignements personnels des réclamants dans le cadre de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) :

- dans le but de mettre en oeuvre et d'administrer l'Entente de règlement relative au Zyprexa,
- dans le but d'évaluer et d'examiner le statut d'admissibilité des réclamants dans le cadre de l'Entente de règlement relative au Zyprexa,
- qui sont strictement privés et confidentiels et qui ne seront divulgués que sur le consentement explicite par écrit des réclamants, sauf tel que prévu dans l'Entente de règlement relative au Zyprexa.

### INSTRUCTIONS À L'ATTENTION DES RÉCLAMANTS :

Les dites instructions résument les dispositions de l'Entente de règlement. En cas de conflit entre les dites instructions et l'Entente de règlement, l'Entente de règlement prévaudra.

Pour établir votre droit à une indemnisation en vertu des modalités et des conditions de l'Entente de règlement relative au Zyprexa, **vous devez transmettre à l'Administrateur des réclamations un formulaire de réclamation dûment rempli, signé, avec documents à l'appui, portant la marque postale du 28 octobre 2010 ou avant. Veuillez détacher votre formulaire de réclamation pleinement rempli et le faire parvenir à l'Administrateur des réclamations à l'adresse indiquée plus loin.**

Les personnes inscrites au règlement du recours collectif qui ne transmettront pas leur formulaire de réclamation dûment rempli cèderont pour toujours leur droit à une indemnisation provenant du Fonds de règlement et seront privées pour toujours du droit d'intenter une action en justice contre l'une ou l'autre des Parties quittancées à moins de s'être déjà prévaluées de l'option de retrait du recours collectif.

Si vous avez besoin d'aide ou de conseils sur la façon de remplir le formulaire de réclamation ou si vous avez des questions au sujet de votre réclamation, vous pouvez retenir les services d'un conseiller juridique à vos propres frais ou communiquer avec l'Administrateur des réclamations sans frais d'interurbain au numéro **1-877-739-8933** ou par courriel à l'adresse [zyprexa@crawco.ca](mailto:zyprexa@crawco.ca)

Le réclamant obtiendra toutes les copies des documents à l'appui et les transmettra à l'Administrateur des réclamations et ce, à ses propres frais. **Veuillez conserver des copies de tous les documents que vous ferez parvenir à l'Administrateur des réclamations.** Il faudra prévoir beaucoup de temps pour compléter le processus de documentation. **VEUILLEZ AGIR DÈS MAINTENANT.** Et ne pas attendre aux quelques dernières semaines de la date limite de présentation des réclamations.

Un formulaire relatif aux consignes médicales est joint à la fin de la présente trousse de réclamation. Tous les réclamants doivent remplir ce formulaire, c.-à-d. les réclamants principaux ou les personnes agissant au nom du réclamant principal, et ce, afin de permettre à l'Administrateur des réclamations de mettre en oeuvre les dispositions de contrôle telles que définies à l'annexe « G » de l'Entente de règlement.

## Résumé de l'Entente de règlement :

- Les réclamants pourraient être admissibles à recevoir des paiements en vertu du règlement s'ils ont ingéré du Zyprexa le 6 juin 2007 ou avant et ont ensuite souffert d'un état pathologique indiqué dans l'Entente de règlement, y compris le diabète, l'hyperglycémie, l'acidocétose ou une pancréatite.
- Un réclamant principal admissible s'entend d'un résident du Canada à qui on a prescrit le médicament antipsychotique atypique Zyprexa et qui l'a ingéré, à un moment ou l'autre, le 6 juin 2007 ou avant et qui répond à un ou à plusieurs des critères suivants:
  - (a) a ingéré du Zyprexa pendant au moins 90 jours et son diabète a été diagnostiqué pour la première fois alors qu'il ingérait du Zyprexa ou durant l'année qui a suivi sa dernière ingestion de Zyprexa, ou
  - (b) a ingéré du Zyprexa pendant au moins 90 jours, son diabète avait été diagnostiqué préalablement, et alors qu'il prenait du Zyprexa ou à l'intérieur de 60 jours après avoir pris du Zyprexa pour la dernière fois, sa thérapie pour diabète a été clairement modifiée, ce qui signifie que sa thérapie a été modifiée, soit :
    - (i) que sa thérapie axée sur le régime alimentaire et l'exercice a été remplacée par une thérapie axée sur des agents hypoglycémiques oraux, ou
    - (ii) que sa thérapie axée sur des agents hypoglycémiques oraux seulement a été remplacée par une thérapie axée sur l'insuline avec ou sans agents hypoglycémiques oraux
  - (c) a ingéré du Zyprexa pendant au moins 90 jours, et son hyperglycémie a été détectée pour la première fois alors qu'il prenait du Zyprexa ou à l'intérieur d'une année suivant sa dernière ingestion de Zyprexa. L'hyperglycémie signifie une anomalie de la glycémie à jeun (AGJ) qui est détectée par une lecture de glycémie à jeun de 6,1 mmol / L à 6,9 mmol / L et par une lecture de 7,8 mmol / L à 11,0 mmol / L dans une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (EHPVO) de 75 g, d'une durée de 2h. et requiert une preuve d'au moins deux tests de laboratoire, ou
  - (d) a ingéré du Zyprexa pendant au moins 90 jours et son acidocétose diabétique a été diagnostiquée pour la première fois alors qu'il prenait du Zyprexa ou à l'intérieur d'une année de sa dernière ingestion de Zyprexa; ou
  - (e) a ingéré du Zyprexa pendant au moins 90 jours et sa pancréatite a été diagnostiquée pour la première fois alors qu'il prenait du Zyprexa ou à l'intérieur d'une année de sa dernière ingestion de Zyprexa
- Les réclamants par filiation pourraient être admissibles à des paiements au titre du règlement en fonction de divers facteurs, y compris leurs liens personnels avec le réclamant principal et l'importance du montant du paiement remis au réclamant principal pertinent.
- L'importance du montant du paiement sera en fonction du nombre total de réclamations approuvées et de la gravité de l'état pathologique.

## Option de retrait :

La date d'expiration de l'option de retrait pour les personnes résidant dans toutes les provinces sauf en Colombie-Britannique est passée.

Toutes les personnes répondant à la définition du recours collectif en Colombie- Britannique font automatiquement partie du recours collectif à moins de s'être exclues du recours collectif («Option de retrait »). Pour se prévaloir de l'option de retrait, un membre du recours collectif de la Colombie-Britannique devra remplir, signer et retourner un « formulaire d'option de retrait » portant le timbre postal ou déposé auprès de l'Administrateur des réclamations par courrier en date du 28 septembre 2010 ou avant. Si un membre du recours collectif de la Colombie-Britannique ne se prévaut pas dûment et en temps opportun de son option de retrait et ne dépose pas dûment et en temps opportun une réclamation dans le cadre de l'Entente de règlement, il se verra pour toujours refusé l'admissibilité à recevoir tout paiement d'indemnisation dans le cadre de l'Entente de règlement et à instituer ou intenter toute action en justice contre les Défendeurs et ou les Parties quittancées (libérées) en rapport avec l'utilisation du Zyprexa.

Il est possible d'obtenir des formulaires d'option de retrait en s'adressant à l'Administrateur des réclamations.

### **La documentation touchant l'identification du produit comprendra :**

#### **La preuve de l'ingestion de Zyprexa :**

La preuve que le Zyprexa a été ingéré pendant au moins 90 jours durant la période visée par le recours collectif (en tout temps le 6 juin 2007 ou avant) comprenant :

- (a) des dossiers pharmaceutiques; ou
- (b) des dossiers médicaux indiquant une ordonnance de Zyprexa; ou
- (c) si les preuves sous (a) et (b) ne sont pas disponibles, une déclaration par écrit signée par le médecin traitant indiquant que l'on a fourni ou prescrit du Zyprexa au réclamant principal ainsi que la date d'un tel approvisionnement ou d'une telle émission d'ordonnance. La dite déclaration ne peut pas s'appuyer sur une preuve inacceptable et insuffisante (voir ci-après) et elle doit être accompagnée d'un affidavit (attestation) du réclamant principal ou du réclamant représentatif :
  - les démarches entreprises par le réclamant pour obtenir la documentation touchant l'ingestion du produit tel que décrit en (a) et (b) ci-dessus; et
  - les réponses, le cas échéant, à ces démarches
- (d) S'il ne peut pas fournir de documentation touchant l'ingestion du produit tel que décrit en (a), (b) ou (c) ci-dessus, le réclamant peut présenter toute autre confirmation objective de l'ingestion de Zyprexa, jugée acceptable par l'Administrateur des réclamations. Une telle confirmation objective ne peut pas s'appuyer sur une preuve inacceptable et insuffisante tel que décrit ci-après. La dite confirmation objective doit être accompagnée d'un affidavit (attestation) du réclamant ou du réclamant représentatif indiquant :
  - les démarches entreprises par le réclamant pour obtenir la documentation touchant l'ingestion du produit tel que décrit en (a), (b) et (c) ci-dessus; et
  - les réponses, le cas échéant, à ces démarches

### **Documentation inacceptable touchant l'ingestion du produit :**

Votre réclamation sera REJETÉE si vous ne présentez pas la documentation requise touchant l'ingestion du produit, documentation établissant que le réclamant principal a ingéré du Zyprexa pendant au moins 90 jours au cours de la période visée par le recours collectif.

La preuve suivante sera réputée une preuve de documentation **inacceptable** touchant l'ingestion du produit :

- (a) les déclarations du personnel médical décrivant leurs pratiques types ou générales au cours d'une certaine période de temps ou une déclaration du réclamant principal ou du réclamant représentatif ou d'une autre personne qui cherche à prouver l'ingestion de Zyprexa en se fondant sur ses souvenirs;
- (b) des dossiers, des déclarations ou d'autres termes qui ne mentionnent pas spécifiquement le Zyprexa comme étant le médicament d'ordonnance.

La susdite preuve est présentée à titre d'exemple de preuve inacceptable touchant l'ingestion du produit, sans limiter la nature inacceptable d'autres genres de preuve que l'Administrateur des réclamations établira.

### **Documentation d'appui :**

En plus de la documentation touchant l'ingestion du produit Zyprexa susmentionnée, le réclamant **doit présenter** la documentation d'appui complémentaire suivante :

#### **(a) Effets indésirables**

Dossiers médicaux d'un médecin traitant indiquant un diagnostic et ou un traitement pour un ou plus d'un état pathologique suivant :

- Hyperglycémie
- Diabète – aucune médication nécessaire
- Diabète – médication orale nécessaire
- Diabète – insulino-dépendance
- Coma diabétique ou décès
- Aggravation d'un diabète préexistant (telle que définie dans la grille de règlement)
- Diabète acidocétose
- Pancréatite

Dossiers médicaux d'un médecin traitant indiquant l'évolution des états pathologiques secondaires graves suivants découlant directement du diabète

- Cécité
- Amputation
- Insuffisance rénale
- Accident vasculaire cérébral
- Crise cardiaque

#### **(b) Circonstances exceptionnelles**

Dans certaines situations exceptionnelles, l'Administrateur des réclamations peut, à sa discrétion, offrir une indemnisation à toute personne qui est autrement réclamant admissible dans des circonstances justifiées et étayées par la confirmation de rudes épreuves non autrement prévues dans la grille de règlement, telle qu'établie à l'annexe B de l'Entente de règlement. Les réclamants doivent fournir des détails et une preuve suffisante de pertes relativement à d'autres circonstances spéciales, comme une perte financière sérieuse découlant de l'état diabétique ou d'un état pathologique secondaire grave découlant du diabète, non déjà énumérées dans la dite liste. Les réclamants admissibles doivent fournir une preuve suffisante à l'effet que la perte a été causée par le diabète ou l'état pathologique secondaire grave et non par l'état de santé sous-jacent ou la maladie pour laquelle le réclamant prenait du Zyprexa.

Si le réclamant est incapable d'obtenir la documentation décrite ci-dessus suite à des efforts raisonnables, l'Administrateur des réclamations aura droit de tenir compte d'autre documentation d'appui. Le réclamant obtiendra et défrayera le coût d'obtention des copies de toute la documentation d'appui et de la transmission des dites copies à l'Administrateur des réclamations. Si la documentation d'appui et le formulaire de réclamation et autres documents du réclamant établissent l'état pathologique et les pertes du réclamant principal à la satisfaction de l'Administrateur des réclamations, le réclamant sera admissible à recevoir les indemnités appropriées.

## **Règlements touchant les réclamants par filiation**

« Réclamants par filiation » s'entend de tous les résidents du Canada qui affirment leur droit d'intenter une action en justice contre les Défendeurs ou contre toute autre Partie quittancée, soit indépendamment soit à titre de réclamants par filiation en raison de leurs liens familiaux avec les réclamants principaux tel que défini dans les présentes et s'entend pour les fins de la présente Entente de règlement, les conjoints, les conjoints de fait, les partenaires de même sexe, les enfants et les parents des réclamants principaux.

Les enfants des réclamants principaux admissibles qui sont âgés de moins de 18 ans le jour de l'événement indésirable subi par le réclamant principal admissible et les conjoints des réclamants principaux (y compris les conjoints de fait et les partenaires de même sexe) recevront 8 % du montant attribué au réclamant principal (de leur filiation) admissible assujetti à la présentation d'une documentation d'appui complète et le paiement maximal du réclamant par filiation, tel que décrit ci-dessous.

Tous les autres réclamants par filiation (parents et enfants de 18 ans ou plus) recevront 2 % du montant attribué au réclamant principal (de leur filiation) admissible assujetti à la présentation d'une documentation d'appui complète et le paiement maximal du réclamant par filiation, tel que décrit ci-dessous.

## **Documentation d'appui pour les réclamants par filiation**

Pour être admissibles à l'indemnisation, les réclamants par filiation doivent remplir le formulaire de réclamation par filiation et doivent fournir la preuve de leur lien de filiation avec le réclamant principal admissible. Par exemple :

- Les conjoints doivent fournir une copie de leur acte de mariage ou autres documents prouvant le lien de filiation avec le réclamant principal admissible;
- Les enfants des réclamants principaux admissibles doivent fournir un acte de naissance ou autre documentation appropriée qui établit la date de naissance du réclamant par filiation et, si le nom de famille de l'enfant diffère de celui du réclamant principal admissible, la documentation qui établit que le réclamant par filiation est l'enfant du réclamant principal admissible.

## **Paiement maximum pour la famille du réclamant par filiation**

Si un réclamant principal admissible a des réclamants par filiation admissibles à une indemnisation dont le total excède 20 % de la somme attribuée au réclamant principal parent admissible, l'indemnisation totale payée aux réclamants par filiation admissibles sera divisée proportionnellement avec les paiements pour les réclamants par filiation totaux égaux à 20 % de la somme attribuée au réclamant principal parent admissible.

## **Dispositions relatives au paiement de règlement des réclamants par filiation**

- L'indemnisation payable à un réclamant par filiation qui est l'enfant d'un réclamant principal admissible et qui est âgé de 18 ans ou plus au moment du paiement sera versée directement au réclamant lui-même.
- Pour les réclamants par filiation admissibles qui ont moins de 18 ans au moment du paiement, les paiements de moins de 5 000 \$ seront versés au réclamant principal parent admissible ou au réclamant représentatif en fiducie, alors que les paiements de 5 000 \$ ou plus seront versés en Cour à moins d'une ordonnance contraire de la Cour.

## **Lacunes techniques dans la présentation des formulaires de réclamation**

- a) Si, durant le traitement des réclamations, l'Administrateur des réclamations constate qu'il y a des lacunes techniques dans le formulaire de réclamation d'un réclamant ou dans la documentation d'appui qui retardent le traitement approprié de la dite réclamation, l'Administrateur des réclamations avisera le réclamant par courrier ordinaire de première classe des dites lacunes techniques et accordera au réclamant quarante-cinq (45) jours à compter de la date d'envoi d'un tel avis pour corriger les lacunes. Si les lacunes ne sont pas corrigées à l'intérieur de la période de quarante-cinq (45) jours, l'Administrateur des réclamations rejettera la réclamation. Le réclamant n'aura aucune autre occasion de corriger la lacune technique.
- b) Les lacunes techniques susmentionnées ne comprendront pas les dates d'échéance manquées pour la présentation des formulaires de réclamation ou l'absence de dépôt d'une documentation suffisante pour appuyer la réclamation présentée.

## **Appels relatifs aux décisions touchant les réclamations**

L'Administrateur des réclamations avisera le réclamant de la décision finale de l'Administrateur touchant le règlement de sa réclamation et les points auxquels le réclamant est admissible. L'avis sera envoyé par courrier régulier adressé à la dernière adresse postale fournie par le réclamant à l'Administrateur des réclamations.

Une période de quarante-cinq (45) jours sera accordée aux réclamants à compter de la date de la mise à la poste d'un tel avis pour en appeler de la classification ou du rejet de leur réclamation. Aucun appel n'est possible pour des allégations relatives à des points discrétionnaires. Tous les appels devront être présentés sous forme de documents écrits seulement, avec renvoi à la seule documentation remise précédemment à l'Administrateur des réclamations.

Tous les appels seront tranchés par les tribunaux. Les appels par des réclamants résidant normalement au Québec ou les concernant seront tranchés par les tribunaux du Québec. Les appels par (ou au sujet) des réclamants résidant normalement en Colombie-Britannique seront tranchés par les tribunaux de la Colombie-Britannique. Les appels par (ou au sujet) des réclamants résidant dans une province ou un territoire autre que le Québec ou la Colombie-Britannique seront tranchés par les tribunaux de l'Ontario. Les tribunaux peuvent nommer des arbitres pour examiner et faire des recommandations en rapport avec tous les appels. Si les arbitres sont nommés, leurs dépenses raisonnables seront défrayées à même le fonds de règlement. Les jugements des tribunaux à l'égard des appels portant sur les décisions de l'Administrateur des réclamations sont finaux et exécutoires et ne feront pas l'objet d'autres appels ou révisions judiciaires.

**RÈGLEMENT AU TITRE DU ZYPREXA - GRILLE DE RÉPARTITION DES POINTS DES RÉCLAMANTS PRINCIPAUX ADMISSIBLES**

<b>SECTION 1 - ÉTAT PATHOLOGIQUE (droit à un seul choix, si admissible à plus d'un, choisir celui ayant la valeur la plus élevée)</b>	<b>POINTS ALLOUÉS</b>
Hyperglycémie	10
Diabète – médicament non requis	40
Diabète – agent hypoglycémique oral requis	70
Diabète – insulino-dépendance	100
Coma diabétique ou décès	150
Aggravation d'un diabète préexistant	20
Diabète acidocétose	20
Pancréatite	20
<b>SECTION 2 – ÉTAT PATHOLOGIQUE SECONDAIRE GRAVE</b>	
Évolution d'un des états pathologiques secondaires graves suivants causés directement par le diabète :	S'il y a évolution d'un ou plus d'un des états pathologiques suivants, ajouter 100 points
Cécité	
Amputation	
Insuffisance rénale	
Accident vasculaire cérébral	
Crise cardiaque	
<b>SECTION 3 – DATE DE LA PREMIÈRE ORDONNANCE</b>	
Entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2003	Multiplier les points totaux après la section 2 par 2
<b>SECTION 4 – CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES</b>	
Points discrétionnaires : L'Administrateur des réclamations peut, à sa discrétion, accorder un maximum de 50 points pour des circonstances justifiées étayées par l'évidence de dures épreuves qui ne sont autrement pas prévues dans la grille de répartition des points.	Maximum de 50 points

## **DATES D'ÉCHÉANCE MPORTANTES**

Le 28 septembre 2010      Date d'échéance pour exercer l'option de retrait de l'Entente de règlement des réclamants de la Colombie-Britannique

Le 28 octobre 2010      Date d'échéance pour déposer une réclamation

**Les formulaires relatifs à l'option de retrait peuvent être téléchargés à partir du site [www.zyprexasettlement.ca](http://www.zyprexasettlement.ca) ou en communiquant avec l'Administrateur des réclamations au 1-877-739-8933.**

**TOUS LES FORMULAIRES DE RÉCLAMATION, DOCUMENTATION D'APPUI ET FORMULAIRES RELATIFS À L'OPTION DE RETRAIT REQUIS DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉS AVANT LES DITES DATES LIMITES SUSMENTIONNÉES :**

**Administrateur des réclamations relatives au Zyprexa  
Pièce 3-505 133, rue Weber  
Waterloo (Ontario) N2J 3G9  
1-877-739-8933  
[www.zyprexasettlement.ca](http://www.zyprexasettlement.ca)**

**Les réclamations portant une date de timbre postal postérieure au 28 octobre 2010 (la fin de la période visée par le recours collectif) ne seront retenues en aucun cas.**

# FORMULAIRE DE RÉCLAMATION AU TITRE DU ZYPREXA

Strictement privé et confidentiel

Je présente une réclamation en ma qualité de :

- réclamant principal au titre du Zyprexa : Veuillez remplir la section 1, puis sauter à la section 4 pour continuer à remplir le formulaire de réclamation
- représentant d'un réclamant principal au titre du Zyprexa : Veuillez remplir les sections 1 et 2, puis sauter à la section 4 pour continuer à remplir le formulaire de réclamation
- Réclamant par filiation : Veuillez remplir les sections 1 et 3, et la section 4, s'il y a lieu, puis sauter à la section 10

## Section 1 – Identification du réclamant principal au titre du Zyprexa – Les cases doivent toutes être remplies

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone à domicile \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
mm jj aaaa

No de la carte santé \_\_\_\_\_

Date du décès (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_  Certificat de décès joint  
mm jj aaaa

## Section 2 - Identification du représentant

**Cette section ne doit être remplie que si vous présentez une réclamation à titre de réclamant représentatif. Un « réclamant représentatif » comprend les représentants personnels, les héritiers, les ayants droit et les fiduciaires du réclamant principal au titre du Zyprexa. Vous DEVEZ remplir la section 1 et identifier le réclamant principal au titre du Zyprexa qui est à l'origine de votre droit de présenter une réclamation. Vous DEVEZ fournir une preuve de votre autorisation à agir à titre de représentant d'un réclamant principal au titre du Zyprexa.**

Je présente une demande au nom d'un réclamant qui est

- une personne mineure
- une personne frappée d'incapacité
- une succession
- Autorisation d'agir ci-jointe
- Autorisation d'agir ci-jointe
- Autorisation d'agir ci-jointe

Veillez joindre une copie de l'ordonnance du tribunal ou autre(s) document(s) officiel(s) ou une copie certifiée par un avocat ou notaire ou autre preuve similaire de votre droit d'agir au nom du membre du recours collectif et cochez la case plus haut décrivant la personne que vous représentez.

Nom de famille du représentant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone à domicile \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
mm jj aaaa

### Section 3 – Identification du réclamant par filiation

**Cette section ne doit être remplie que si vous présentez une réclamation à titre de réclamant par filiation.**

Un « réclamant par filiation » signifie les conjoints, les conjoints de fait, les partenaires de même sexe, ainsi que les parents et les enfants par naissance, mariage ou adoption. Veuillez inclure le ou les documents prouvant le lien de filiation, c.-à-d. certificat de mariage, certificat de naissance, certificat de baptême, entente de séparation, jugement sur la garde, jugement de divorce, affidavit.

**Avant de remplir cette section, vous DEVEZ remplir la section 1 et identifier le réclamant principal au titre du Zyprexa qui est à l'origine de votre droit de présenter une réclamation.**

Lien avec le réclamant principal au titre du Zyprexa \_\_\_\_\_

Nom de famille du réclamant par filiation \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone à domicile \_\_\_\_\_ Téléphone au travail \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
mm jj aaaa

J'ai inclus les documents à l'appui comme preuve du lien de parenté :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certificat de naissance   | <input type="checkbox"/> Certificat d baptême     |
| <input type="checkbox"/> Certificat de mariage   | <input type="checkbox"/> Convention de séparation |
| <input type="checkbox"/> Ordonnance relative à la garde  | <input type="checkbox"/> Documents d'adoption     |
| <input type="checkbox"/> Affidavit   |   |
| <input type="checkbox"/> Jugement de divorce (si vous êtes en union de fait et étiez marié antérieurement) |   |

Si vous êtes un réclamant par filiation, veuillez aller à la section 10 et signer le formulaire de réclamation. Si vous êtes le représentant légal, veuillez remplir la section 4. Veuillez vous assurer d'inclure le document indiquant votre lien de parenté et faire parvenir le présent formulaire de réclamation à l'Administrateur des réclamations.

### Section 4 – Identification du représentant légal

**Cette section doit être remplie seulement si un avocat représente le requérant.**

Nom du cabinet d'avocats \_\_\_\_\_

Nom de famille de l'avocat \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Numéro du barreau : \_\_\_\_\_

**Note : Si vous remplissez la section 4 plus haut, toute la correspondance sera acheminée à votre avocat qui doit aviser l'Administrateur des réclamations de tout changement relatif à votre adresse postale. Si vous changez d'avocats, vous devez en aviser l'Administrateur des réclamations par écrit et fournir tout nouveau renseignement pertinent.**

## Section 5 – Eligible Primary Claimant (or Personal Representative)

Un réclamant principal admissible est une personne qui répond à un ou plus d'un des critères suivants. Veuillez cocher (✓) tout ce qui s'applique.

### Le réclamant principal admissible

JE **N'AI PAS** ingéré du Zyprexa pendant moins 90 jours

**J'AI INGÉRÉ** du Zyprexa pendant au moins 90 jours, ET

- mon diabète a été diagnostiqué pour la première fois alors que je prenais du Zyprexa ou à l'intérieur d'une année après ma dernière ingestion de Zyprexa; ou
- mon diabète avait été diagnostiqué antérieurement, et alors que je prenais du Zyprexa ou à l'intérieur de 60 jours après ma dernière utilisation du Zyprexa, ma thérapie du diabète a été nettement modifiée, ce qui signifie qu'un changement s'était produit, soit que :
  - ma thérapie axée sur un régime alimentaire accompagné de gymnastique rééducative a été modifiée pour une thérapie axée sur des agents hypoglycémiques oraux OU
  - ma thérapie axée sur des agents hypoglycémiques oraux seulement a été remplacée par une thérapie à l'insuline avec ou sans agents hypoglycémiques oraux; ou
- mon hyperglycémie a été diagnostiquée pour la première fois alors que je prenais du Zyprexa ou à l'intérieur d'une année après ma dernière ingestion de Zyprexa. L'hyperglycémie signifie une glycémie provoquée à jeun (GPJ) détectée par une lecture de glycémie à jeun de 6,1 mmol/L à 6,9 mmol/L, et une intolérance au glucose (IG) détectée par une lecture de glycémie à jeun de moins de 6,1 et une lecture de 7,8 mmol/L à 11,0 mmol/L dans une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (EHPVO) de 75-g d'une durée de 2 h., et requiert une preuve d'au moins deux (2) tests de laboratoire; ou
- mon acidocétose diabétique a été diagnostiquée pour la première fois alors que je prenais du Zyprexa ou moins d'un an après ma dernière ingestion de Zyprexa; ou
- ma pancréatite a été diagnostiquée pour la première fois alors que je prenais du Zyprexa ou moins d'un an après ma dernière ingestion de Zyprexa.

## Section 6 – Documents relatifs à l’ingestion du produit Zyprexa

**J’AI INGÉRÉ** du Zyprexa pendant au moins 90 jours avant le 6 juin 2007.

Veillez cocher (√) la ou les cases applicables et fournir les documents à l’appui.

Dossiers pharmaceutiques; ou

Dossiers médicaux reflétant une ordonnance de Zyprexa; ou

Si les dossiers pharmaceutiques et médicaux ne sont pas disponibles :

- Une déclaration par écrit signée par le médecin traitant déclarant que le réclamant principal a été approvisionné en Zyprexa ou que ce médicament lui a été prescrit avec la date d’ordonnance ou d’approvisionnement. (Une telle déclaration ne peut s’appuyer sur une preuve inacceptable et insuffisante.)

**ET**

- Un affidavit du réclamant principal ou du réclamant représentatif précisant les démarches entreprises pour obtenir les dossiers pharmaceutiques et médicaux et les réponses, s’il y a lieu, à ces démarches; ou

S’il ne peut fournir les documents d’ingestion du produit décrits plus haut, le réclamant peut présenter à l’Administrateur des réclamations toute autre confirmation objective de l’ingestion de Zyprexa. (La dite confirmation objective ne peut reposer sur des éléments inacceptables et insuffisants.)

- Une confirmation objective

**ET**

- Un affidavit du réclamant principal ou du réclamant représentatif énonçant les démarches entreprises pour obtenir les dossiers pharmaceutiques, les dossiers médicaux et une déclaration par écrit par le médecin traitant et les réponses, s’il y a lieu, à ces démarches

**ET**

- Une déclaration sous serment indiquant que le réclamant principal a ingéré du Zyprexa pendant au moins 90 jours suivant l’ordonnance de Zyprexa ou l’approvisionnement en Zyprexa, et la ou les dates d’ingestion.

## Section 7 – Documents à l'appui

En plus des documents sur l'ingestion du Zyprexa indiqués plus haut, vous DEVEZ fournir des documents à l'appui supplémentaires. Veuillez cocher (✓) la ou les cases applicables et fournir les documents à l'appui.

### Effets indésirables

Les dossiers médicaux d'un médecin traitant indiquant le diagnostic et ou le traitement dans l'un des cas suivants ou plus :

- Hyperglycémie
- Diabète – médication non requise
- Diabète – médicament administré par voie orale
- Diabète – insulino-dépendance
- Coma diabétique ou décès
- Aggravation du diabète préexistant
- Acidocétose diabétique
- Pancréatite

### États pathologiques secondaires graves

Dossiers médicaux d'un médecin traitant indiquant l'évolution vers un des états pathologiques secondaires graves suivants causés par le diabète :

- Cécité
- Amputation
- Insuffisance rénale
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Crise cardiaque
- Aucune

## Section 8 – Date de la première ordonnance de Zyprexa

Veuillez indiquer la date de votre première ordonnance de Zyprexa :

- Avant le 1er janvier 2000
- Entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2003
- Après le 31 décembre 2003
- Après le 6 juin 2007





---

**Section 10 – Vérification de la signature du réclamant**

**En signant ci-dessous, je reconnais ce qui suit et en conviens :**

- a) Vous déclarez sous peine de parjure que tous les renseignements fournis et présentés dans le présent formulaire de réclamation sont véridiques et exacts.
- b) Vous êtes lié par la quittance dûment remplie et finale de toute réclamation contre les Défendeurs et autres Parties quittancées tel que prévu dans l'Entente de règlement, qui est par la présente incorporée par renvoi et toute indemnisation reçue en vertu de l'Entente de règlement sera votre recours exclusif contre de tels Défendeurs et autres Parties quittancées.

---

Signature du réclamant ou du représentant  
qui présente la réclamation

Date

---

Écrire votre nom en lettres moulées

**SIGNATURE DE L'AVOCAT (si le réclamant est représenté par un avocat)**

---

Signature de l'avocat

Date

# Formulaire relatif aux consignes médicales

Je suis :

- le réclamant principal admissible; OU
- le représentant personnel du réclamant principal admissible

Par les présentes, j'autorise les personnes ou entités ci-dessous à divulguer ou transmettre les renseignements suivants :

- Dossiers pharmaceutiques
- Dossiers hospitaliers
- Résultats de tests
- Dossiers cliniques
- Autre (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

Par rapport au diagnostic, au traitement et aux soins de :

\_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
**Nom du réclamant primaire** **(Mois Jour Année)**

pour examen par l'Administrateur des réclamations nommé par les tribunaux dans le cadre du Règlement relatif au Zyprexa :

Administrateur du Règlement relatif au Zyprexa  
a/s de Crawford Class Action Services  
Pièce 3-505, 133, rue Weber Nord  
Waterloo (ON) N2J 3G9

Nom et adresse du médecin, de la pharmacie et ou de la clinique médicale

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Clinique médicale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Spécialisation \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin, de la pharmacie et ou de la clinique médicale

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Clinique médicale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Spécialisation \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin, de la pharmacie et ou de la clinique médicale

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Clinique médicale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Spécialisation \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin, de la pharmacie et ou de la clinique médicale

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Clinique médicale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Spécialisation \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin, de la pharmacie et ou de la clinique médicale

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales \_\_\_\_\_

Clinique médicale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province/Territoire \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Spécialisation \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Je conviens de renoncer à tout droit d'action contre toute personne ou institution qui fournit des informations à l'Administrateur des réclamations en rapport avec le diagnostic, le traitement et les soins du réclamant principal en conformité avec la présente autorisation

---

Date de signature (mois jour année)

Signature du réclamant principal ou du  
représentant personnel