

## Déclaration du médecin

En remplissant ce formulaire, vous pouvez tenir compte des dossiers médicaux, des tableaux, des rapports, des films diagnostiques, des antécédents médicaux ou d'autres sources d'information sur lesquelles les médecins se fient régulièrement et généralement dans leur pratique. En signant ce formulaire, vous certifiez que toutes les opinions énoncées ci-dessous sont offertes avec un degré raisonnable de probabilité médicale. Autrement dit, en signant ce formulaire, vous certifiez que vous êtes d'avis que les conclusions énoncées dans ce formulaire ont une probabilité plus élevée, mais pas significativement plus élevée, que 50 %.

### 1. ANTÉCÉDENTS DU MÉDECIN

\_\_\_\_\_

(Prénom) (Initiale du second prénom) (Nom de famille)

\_\_\_\_\_

(Adresse du bureau)

\_\_\_\_\_

(Ville) (Province) (Code postal)

\_\_\_\_\_

(Code régional et numéro de téléphone)

Cochez la case appropriée :

Chirurgien orthopédique

Médecin généraliste

Autre \_\_\_\_\_

Numéro d'inscription au Collège des médecins et chirurgiens : \_\_\_\_\_

### 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Indiquez le nom et la date de naissance du patient pour lequel vous fournissez les renseignements contenus dans ce formulaire de Déclaration du médecin.

\_\_\_\_\_

(Prénom) (Initiale du second prénom) (Nom de famille)

\_\_\_\_\_

(Date de naissance MM/JJ/AAAA)

Êtes-vous l'un des médecins traitants du patient?

Oui  Non

Si « Oui », indiquez votre rôle dans le contexte des soins médicaux et du traitement du patient en lien avec son implant M2a 38, M2a Magnum ou ReCap du système de resurfaçage fémoral métal sur métal :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. RENSEIGNEMENTS SUR L'IMPLANT

Indiquez les numéros de référence et de catalogue qui correspondent à l'implant ou aux implants M2a 38, M2a Magnum ou ReCap du système de resurfaçage fémoral métal sur métal du patient.

Date de l'implantation (côté droit)

\_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Numéros de référence/catalogue de l'implant

\_\_\_\_\_ (si disponible)

Numéro de lot de l'implant

\_\_\_\_\_ (si disponible)

Date de l'implantation (côté gauche)

\_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Numéros de référence/catalogue de l'implant

\_\_\_\_\_ (si disponible)

### 4. PATIENT CORRIGÉ OU PATIENT IDENTIFIÉ COMME DEVANT SUBIR UNE CHIRURGIE CORRECTIVE OU AYANT UN CHIRURGIE CORRECTIVE PRÉVUE

Le patient a-t-il été identifié comme devant subir une chirurgie corrective visant à remplacer le système de resurfaçage fémoral M2a 38, M2a Magnum ou ReCap?

Oui  Non

Si « Oui », veuillez répondre aux questions restantes de la section 4. Si « Non », veuillez passer à la section 7.

Date de cette identification : \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

Une chirurgie corrective a-t-elle été planifiée?  Oui  Non

Si « Oui », date/heure à laquelle la chirurgie corrective est prévue : \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

Si « Non », certifiez-vous que la chirurgie corrective est prévue, même si la date et l'heure n'ont pas encore été fixées?  Oui  Non

Si la chirurgie corrective a été planifiée, la chirurgie a-t-elle eu lieu?  Oui  Non

Si « Oui », à quelle date la chirurgie corrective a-t-elle eu lieu : \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

Décrivez toutes les raisons pour lesquelles une chirurgie corrective pour le système de resurfaçage fémoral M2a 38, M2a Magnum ou ReCap a été indiquée et identifiez tous les tests ou films effectués et les résultats qui appuient ce diagnostic :

---

---

---

## 5. PATIENT NON CORRIGÉ POUR QUI UNE CHIRURGIE CORRECTIVE EST EXCLUE

Si une chirurgie corrective n'a pas été prévue ou n'aura pas lieu, y a-t-il une affection médicale qui empêche le patient de subir la chirurgie corrective (« exclu » / « exclusion »)?  Oui  Non

Si « Oui », décrivez le ou les exclusions qui empêchent le remplacement du ou des systèmes de resurfaçage fémoral M2a 38, M2a Magnum ou ReCap et indiquez si le ou les exclusions sont temporaires ou permanentes :

---

---

---

Indiquez la date à laquelle vous avez déterminé que le patient devait être exclue d'une chirurgie corrective : \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

## 6. COMPLICATIONS RÉSULTANT D'UNE CHIRURGIE CORRECTIVE

Cochez cette case si le patient a subi une chirurgie corrective ou une explantation de ses implants du système de resurfaçage fémoral M2a 38, M2a Magnum ou ReCap.

Si vous avez coché la case ci-dessus et que le patient a subi l'une des complications suivantes pendant ou après sa chirurgie corrective, veuillez indiquer la ou les dates et la ou les complications :

Complication	Date(s)
<b>Infection</b> (toute infection dans la hanche corrigée diagnostiquée dans les 30 jours suivant une chirurgie corrective et dont la cause établie est la chirurgie corrective)	
<b>Lésion nerveuse permanente</b> (lésion nerveuse [y compris, mais sans s'y limiter, la meralgie paresthésique et le pied tombant causés par une lésion du nerf péronier] résultant d'une chirurgie corrective et qui est permanente, telle qu'établie par les dossiers médicaux ou la déclaration du médecin, ou qui a persisté pendant 18 mois ou plus)	
<b>Deuxième chirurgie corrective</b> (chirurgie pour retirer un implant de remplacement de la hanche qui avait été implanté dans le cadre d'une chirurgie corrective parce que le dispositif de remplacement de la hanche a échoué)	
<b>Caillot sanguin</b> (embolie pulmonaire ou thrombose veineuse profonde résultant d'une chirurgie corrective et diagnostiquée dans les 72 heures suivant une chirurgie corrective)	
<b>Accident vasculaire cérébral</b> (incident ou attaque cérébrovasculaire survenant dans les 72 heures suivant une chirurgie corrective et dont la cause établie est la chirurgie corrective)	

<b>Troisième chirurgie corrective</b> (chirurgie pour retirer un implant de remplacement de la hanche qui avait été implanté dans le cadre d'une deuxième chirurgie corrective parce que le dispositif de remplacement de la hanche a échoué)	
<b>Décès</b> (décès du membre du groupe dans les 72 heures suivant une chirurgie corrective des suites de la chirurgie corrective)	
<b>Fracture fémorale</b> (fracture du fémur qui survient pendant une chirurgie corrective ou à la suite de la chirurgie corrective, à l'exception d'une fracture résultant d'un traumatisme qui survient avant ou après la chirurgie corrective)	
<b>Luxation</b> (désolidarisation complète de la tête fémorale et de la cupule acétabulaire survenant dans les 6 semaines suivant la chirurgie corrective)	
<b>Perte de salaire</b> (perte économique étayée par des preuves documentaires montrant une perte de revenu supérieure à 20 % du revenu brut global du demandeur pour les 2 années les mieux rémunérées au cours des 4 années précédant la chirurgie corrective)	
<b>Crise cardiaque</b> (infarctus du myocarde ou arrêt cardiaque survenant dans les 72 heures suivant une chirurgie corrective et dont la cause établie est la chirurgie corrective)	

**Veillez joindre les dossiers médicaux à ce formulaire qui confirment que la ou les complications susmentionnées sont survenues. Ces dossiers médicaux peuvent comprendre, sans s'y limiter, des rapports chirurgicaux, des rapports de pathologie, des dossiers de cabinet et/ou des résumés de congé.**

## 7. Déclaration

J'affirme que les déclarations précédentes sont véridiques et exactes.

Signé le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ .

Par :

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Nom en caractères d'imprimerie