Déclaration de [*insérer le nom DE L’AFFIANT*]
(Assermentée le [*insérer la date*])

Je, [*insérer le nom de l’affiant*], de la ville de [*insérer la ville*], dans la province de [*insérer la province*],

**DÉCLARE [*SOUS SERMENT ou SOLENNELLEMENT*] CE QUI SUIT :**

1. Je suis [*décrire si l’affiant est un consommateur d’OxyContin® et/ou d’OxyNEO® ou son lien avec le consommateur, le cas échéant*] et j’ai ainsi connaissance des faits énoncés aux présentes. Lorsqu’une déclaration dans la présente ne relève pas de ma connaissance personnelle, j’indique la source de mon information et de ma croyance. Je crois sincèrement que toutes les informations que je déclare sont véridiques.
2. Les termes en majuscules qui sont utilisés dans la présente déclaration, mais n’y sont pas définis ont le sens qui leur est attribué dans le Formulaire de réclamation du consommateur d’OxyContin®/OxyNEO® ou dans l’Entente de règlement.

(*Supprimer tout paragraphe ci-dessous qui ne s’applique pas à vous, par exemple si vous avez obtenu des documents pharmaceutiques ou d’autres documents obligatoires. Assurez-vous toutefois de donner tous les autres renseignements requis.*)

**CONSOMMATION ET DÉPENDANCE**

***Preuve de Prescription valide***

1. [*Je me suis/Le consommateur s’est*] vu prescrire et [*j’ai/il a*] consommé [*insérer « de l’OxyContin® et/ou l’OxyNEO® », selon le cas*] à partir du [*insérer la date de la première prescription; doit se situer entre le 1er janvier 1996 et le 28 février 2017*] ou vers cette date jusqu’au [*insérer la date de fin de la dernière prescription*], selon une prescription rédigée par [*insérer le nom du fournisseur de soins de santé qui a rédigé la prescription*].[*J’ai/Le consommateur a*] cessé de consommer [*insérer « de l’OxyContin® et/ou l’OxyNEO® », selon le cas*] le ou vers le [*insérer la date*]. [*Si, à tout moment, la consommation d’OxyContin® ou d’OxyNEO a complètement cessé puis a repris, veuillez donner des détails concernant la période de consommation, en précisant les dates exactes si possible.*]
2. [*Je me suis/Le consommateur s’est*] par la suite vu prescrire [*insérer « de l’OxyContin® et de l’OxyNEO® » ou un des deux, selon le cas*] le [*insérer la date*] par [*insérer le nom d’un autre fournisseur de soins de santé qui a rédigé l’autre prescription et répéter la phrase au besoin*].
	1. Je présente [*le document suivant/les documents suivants*] pour prouver [*ma/mes prescription(s)*] :
		1. J’ai joint en annexe A une copie conforme de [*insérer le titre ou la description du document*], daté[*e*] du [*insérer la date du document*].
		2. [*Répéter autant de fois que nécessaire*]
3. [*Correspond à l’élément de preuve obligatoire 1B :* *À compléter si tous les documents pertinents relatifs à la prescription sont demandés, mais ne sont pas disponibles.*] [*Veiller à ce que les détails de la prescription et de l'utilisation ultérieure soient décrits. En outre, fournir des copies conformes des demandes de dossiers effectuées et des réponses reçues*]. Je présente [*le document suivant/les documents suivants*] comme preuve des demandes de documents présentées et des réponses reçues :
	1. J’ai tenté d’obtenir des documents auprès de [*insérer le nom du professionnel, de l’hôpital, ou de l’établissement*].
		1. J’ai joint en annexe [*insérer la lettre*] une copie conforme de [*insérer le titre ou la description du document*], daté[*e*] du [*insérer la date du document*], visant à obtenir des documents auprès de [*insérer le nom du professionnel, de l’hôpital, ou de l’établissement*].
		2. J’ai joint en annexe [*insérer la lettre*] une copie conforme de la réponse reçue le [*insérer la date*] de la part de [*insérer le nom du professionnel, de l’hôpital, ou de l’établissement*].
	2. [*Répéter autant de fois que nécessaire*]

***Preuve de Dépendance***

[*Section facultative, à remplir si les éléments de preuve obligatoires 2A ou 2B ne sont pas disponibles.* *Correspond à l’élément de preuve obligatoire 2C.*] [*Décrire les circonstances de dépendance ou de la dépendance psychologique à l’OxyContin® ou à l’OxyNEO®, notamment celles qui ne sont pas expliquées dans les documents médicaux présentés.*]

1. [*J’ai/Le consommateur a*] développé une Dépendance [*insérer « à l’OxyContin® et/ou à l’OxyNEO® »*] débutant le ou vers le [*insérer la date*].
2. La durée totale de [*insérer « ma Dépendance », ou « la Dépendance de » suivi du nom de la personne que l’affiant représente*] [*insérer « à l’OxyContin® et/ou à l’OxyNEO® »]* a été de [*décrire la période avec le plus de précision possible, en mois*].

***Dossiers médicaux et pharmaceutiques pour les trois années précédant la première prescription***

[*Section facultative - Correspond à l’élément de preuve obligatoire 3A – dans l’éventualité où une partie ou la totalité des dossiers médicaux et pharmaceutiques pour les trois années précédant la première prescription d’OxyContin® et/ou d’OxyNEO® jusqu’à la fin de la Période de dépendance (la « Période pertinente » ne sont pas disponibles, le Membre du Groupe doit décrire son usage de l’OxyContin® et/ou de l’OxyNEO® pendant la période non étayée par les dossiers et qui contient, à titre de pièces, des copies conformes des demandes de documents présentées par le Membre du Groupe et les réponses reçues.*]

1. [*Décrit l’utilisation de l’OxyContin® et/ou de l’OxyNEO® pendant les trois années précédant la première prescription jusqu’à la fin de la Période de dépendance qui n’est pas étayé par les dossiers médicaux et pharmaceutiques.*]
2. Je présente [*le document suivant/les documents suivants*] comme preuve des demandes de documents présentées et des réponses reçues :
	1. J’ai tenté d’obtenir des documents auprès de [*insérer le nom du professionnel, de l’hôpital, ou de l’établissement*].
		1. J’ai joint en annexe [*insérer la lettre*] une copie conforme de [*insérer le titre ou la description du document*], daté[*e*] du [*insérer la date du document*], visant à obtenir des documents auprès de [*insérer le nom du professionnel, de l’hôpital, ou de l’établissement*].
		2. J’ai joint en annexe [*insérer la lettre*] une copie conforme de la réponse reçue le [*insérer la date*] de la part de [*insérer le nom du professionnel, de l’hôpital, ou de l’établissement*].
	2. [*Répéter autant de fois que nécessaire*]

***[Section obligatoire – Correspond à l’élément de preuve obligatoire 3B – Supprimer des paragraphes au besoin] Déclaration de toute autre dépendance ou autre problème d’abus de substance***

1. [*J’****ai****/Le consommateur* ***a***] souffert d’une dépendance à un opioïde autre que l’OxyContin® ou l’OxyNEO® pendant la Période de dépendance.

***OU***

1. [*Je n’ai/Le consommateur* ***n’a*] pas** souffert d’une dépendance à un opioïde autre que l’OxyContin® ou l’OxyNEO® pendant la Période de dépendance.

***ET***

1. [*Je* ***n’ai****/Le consommateur* ***n’a***] **pas** souffert d’une dépendance ou d’un autre problème d’abus de substance **au cours des trois années précédant [*ma/sa*] première prescription d’OxyContin® ou d’OxyNEO®**. [*Les substances pertinentes dans ce contexte sont l’alcool, la caféine, le cannabis, les hallucinogènes, les substances inhalées, les sédatifs, les hypnotiques ou les anxiolytiques, les stimulants (y compris les substances de type amphétamine, la cocaïne et d’autres stimulants) et/ou le tabac, si elles causent un des problèmes suivants :*

*1. La prise de substances en plus grande quantité ou pendant plus longtemps que prévu*

*2. Vouloir réduire ou arrêter la consommation de la substance mais ne pas y parvenir*

*3. Beaucoup de temps est passé à obtenir, à consommer ou à récupérer de leurs effets*

*4. Avoir des envies et des besoins impérieux de consommer la substance*

*5. Ne pas réussir à faire ce qu’il faut au travail, à la maison ou à l’école à cause de la consommation de la substance*

*6. L’utilisateur continue à consommer, même si cela cause des problèmes dans les relations*

*7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importants sont abandonnées ou réduites à cause de l’usage de la substance*

*8. L’usage répété des substances dans des situations où cela peut être physiquement dangereux*

*9. L’usage des substances est poursuivi même si vous savez que vous avez un problème physique ou psychologique qui aurait pu être causé ou aggravé par la substance*

*10. Avoir besoin d’une plus grande quantité de la substance pour obtenir l’effet désiré (tolérance)*

*11. L’apparition de symptômes de sevrage, qui peuvent être soulagés par la prise de la substance*]

***OU***

1. [*J’****ai****/Le consommateur* ***a*] souffert** d’une dépendance et/ou d’un autre problème d’abus de substance lié à [*décrire la substance autre que* l’OxyContin®/OxyNEO®] moins de 3 ans, mais plus de 2 ans avant [*ma/sa*] première prescription d’OxyContin® et/ou d’OxyNEO®, du [*insérer la date*] au [*insérer la date*]. [*Décrire les problèmes associés à la substance.*] [*Répéter le paragraphe au besoin.*] [*Voir le paragraphe 13 ci-dessus pour connaître les substances et les problèmes pertinents.*]

***OU***

1. [*J’****ai****/Le consommateur* ***a*] souffert** d’une dépendance et/ou d’un autre problème d’abus de substance lié à [*décrire la substance autre que* l’OxyContin®/OxyNEO®] moins de 2 ans, mais plus de 1 an avant [*ma/sa*] première prescription d’OxyContin® et/ou d’OxyNEO®, du [*insérer la date*] au [*insérer la date*]. [*Décrire les problèmes associés à la substance.*] [*Répéter le paragraphe au besoin.*] [*Voir le paragraphe 13 ci-dessus pour connaître les substances et les problèmes pertinents.*]

***OU***

1. [*J’****ai****/Le consommateur* ***a*] souffert** d’une dépendance et/ou d’un autre problème d’abus de substance lié à [*décrire la substance autre que* l’OxyContin®/OxyNEO®] moins de 1 an avant [*ma/sa*] première prescription d’OxyContin® et/ou d’OxyNEO®, du [*insérer la date*] au [*insérer la date*]. [*Décrire les problèmes associés à la substance.*] [*Répéter le paragraphe au besoin.*] [*Voir le paragraphe 13 ci-dessus pour connaître les substances et les problèmes pertinents.*]

**[***Section facultative – Peut être remplie si le consommateur soumet une réclamation pour un Préjudice de niveau 1 à 16, à part la Dépendance elle-même -* ***Supprimer les paragraphes qui ne s’appliquent pas à vous*]**

**Préjudices subis en raison de l’OxyContin® et/ou de l’OxyNEO®**

**NOTEZ QUE LA DÉCLARATION CI-DESSOUS NE REMPLACE PAS LES ÉLÉMENTS DE PREUVE OBLIGATOIRES QUI DOIVENT ÊTRE PRÉSENTÉS POUR CHACUN DES NIVEAUX SELON L’ENTENTE DE RÈGLEMENT. ELLE PEUT SERVIR À FOURNIR PLUS DE CONTEXTE, MAIS LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS REQUIS DOIVENT TOUJOURS ÊTRE SOUMIS À L’ADMINISTRATEUR DES RÉCLAMATIONS AFIN D’ÊTRE ADMISSIBLE À UNE INDEMNISATION.**

1. [Niveau 1] [*Insérer le nom*] a succombé à une surdose mortelle causée par la consommation [*insérer « d’OxyContin® et/ou d’OxyNEO® »*] ou pour laquelle la consommation a contribué, ou à un suicide [*décrire les circonstances autres qu’une surdose mortelle*] pendant la Période de dépendance. [*Donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
2. [Niveau 2] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] subi une surdose non mortelle causée par la consommation [*insérer « d’OxyContin® et/ou d’OxyNEO® »*] ou pour laquelle la consommation a contribué, pendant la Période de dépendance, qui [*insérer « constituait une tentative de suicide » ou « ne constituait pas une tentative de suicide »*], le [*insérer la date de chaque surdose*]. [*Donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
3. [Niveau 3] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] fait une tentative de suicide par d’autres moyens que la consommation d’OxyContin® et/ou d’OxyNEO® pendant la Période de dépendance, le [*insérer la date de chaque tentative de suicide*]. [*Donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
4. [Niveau 4] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] participé à un programme de traitement de la Dépendance à l’OxyContin® et/ou à l’OxyNEO® à [*insérer le nom de l’établissement*] du [*insérer la date*] au [*insérer la date*]. [*Donner plusieurs intervalles de dates si plusieurs programmes ont été suivis.*] [*Donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, notamment sur les traitements prescrits et reçus, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
5. [Niveau 5] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »]* perdu un emploi pendant la Période de dépendance, du [*insérer la date*] au [*insérer date*], et cette perte était principalement attribuable à la Dépendance à l’OxyContin® et/ou à l’OxyNEO®, du [*insérer la date*] au [*insérer la date*]. Au moment de la perte d’emploi, [*insérer « mon » ou « son »*] revenu était de [*décrire la rémunération, par exemple le salaire ou le taux horaire avec le nombre d’heures travaillées, ainsi que tout renseignement pertinent sur les primes et les heures supplémentaires*]. [*Décrire le lien avec la Dépendance et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
6. [Niveau 6] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] perdu [*insérer « ma » ou « sa »*] licence [*insérer le nom de la profession*] professionnel(le) pendant la Période de dépendance, le [*insérer la date*]. [*Décrire le lien avec la Dépendance et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
7. [Niveau 7] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] perdu la garde de [*insérer « mon » ou « mes », ou « son » ou « ses »*] enfant[*s*] pendant la Période de dépendance, le [*insérer la date*]. [*Décrire le lien avec la Dépendance et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
8. [Niveau 8] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] fait l’objet d’une condamnation criminelle liée à l’OxyContin® et/ou à l’OxyNEO® pendant la Période de dépendance, le [*insérer la date*] pour [*décrire la condamnation*]. [*Décrire le lien avec la Dépendance et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
9. [Niveau 9] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] vécu une séparation ou un divorce de [*insérer « mon » ou « ma », ou « son » ou « sa »*] [*insérer « époux », « épouse », « conjoint(e) »*] pendant la Période de dépendance, le [*insérer la date*]. [*Décrire le lien avec la Dépendance et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
10. [Niveau 10] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] fait l’objet d’une accusation criminelle liée à l’OxyContin® ou à l’OxyNEO® pendant la Période de dépendance qui n’a pas donné lieu à une condamnation le [*insérer la date*] pour [*décrire l’accusation*]. [*Décrire le lien avec la Dépendance et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
11. [Niveau 11] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] fait faillite pendant la Période de dépendance, le [*insérer la date*]. [*Décrire le lien avec la Dépendance et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
12. [Niveau 12] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] subi une expulsion ou une autre perte de possession de [*insérer « ma » ou « sa »*] résidence principale pendant la Période de dépendance, le [*insérer la date*]. [*Décrire les circonstances de l’expulsion ou de la perte de possession et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
13. [Niveau 13] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] été sans-abri pendant la Période de dépendance, du [*insérer la date*] au [*insérer la date*]. [*Décrire les circonstances de la situation sans-abri et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
14. [Niveau 14] [*Insérer « Mes études postsecondaires », ou « Les études postsecondaires de » suivi du nom de la personne que l’affiant représente*] ont été interrompues pendant la Période de dépendance, du [*insérer la date*] au [*insérer la date*]. [*Décrire le lien avec la Dépendance et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*]
15. [Niveau 16] [*Insérer « J’ai », ou le nom de la personne que l’affiant représente suivi par « a »*] subi des circonstances justifiées attestant des difficultés qui ne sont pas prévues autrement dans cette déclaration, en raison de la consommation d’OxyContin® ou d’OxyNEO®. Plus précisément, [*décrire les difficultés et le lien avec la Dépendance, et donner tout autre détail pertinent pour cette réclamation, comme une explication des documents soumis si nécessaire.*] [*Décrivez et joignez les documents attestant les difficultés.*]
16. Je fais cette déclaration à l’appui de [*insérer « ma réclamation de consommateur d’OxyContin®/OxyNEO® », ou « la réclamation de consommateur d’OxyContin®/OxyNEO® de » suivi du nom de la personne que l’affiant représente*] et à aucune autre fin illégitime.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DÉCLARÉ [*SOUS SERMENT ou SOLENNELLEMENT*]** à distance par [*insérer le nom*], déclarée comme étant située dans la ville de [*insérer la ville*], dans la province de [*insérer la province*], devant moi dans la ville de [*insérer la ville*], dans la province de [*insérer la province*], le [*insérer la date*], conformément au Règl. de l’Ont. 431/20, *Prestation des serments ou réception des déclarations à distance ou à toute autre autorisation similaire*. | ))))))) |  |
| [*insérer le titre, ex. : commissaire*] | [*insérer le nom de l’affiant*] |