SANAJURIS
CABINET D'AVOCATS

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT ANSM

élaboré par Maître Pierre DEBUISSON

Scandale sanitaire relatif aux victimes des prothèses anti-hernie

Vos coordonnées :

- ☐ Nom / Prénom : .....
- ☐ Âge : .....
- ☐ Adresse postale : .....
- ☐ N° sécurité sociale : .....
- ☐ Adresse email : .....
- ☐ Emploi occupé : .....

Concernant l'opération :

Nature de l'opération (inguinale / ombilicale / crurale)	.....
Date de l'opération	.....
Lieu de l'opération	.....
Coordonnées du chirurgien (Nom, prénom, email) et de l'hôpital / clinique	....
Nom du fabricant de la prothèse, nom du modèle de la prothèse implantée, numéro du lot.	....
☐ Je ne dispose pas de ces informations car elles ne m'ont pas été communiquées lorsque j'ai sollicité la copie de mon dossier médical	

Concernant les effets secondaires :

Avez-vous contracté une maladie auto-immune ?	OUI / NON	
Quels symptômes ?	☐ Fatigue intense ☐ Douleurs chroniques ☐ Troubles cognitifs ☐ Encéphalomyélite	☐ Troubles de la digestion ☐ Fonte musculaire ☐ Perte de poids

Avez-vous contracté une allergie ? Si oui, veuillez préciser.	OUI / NON .....
Avez-vous contracté une infection nosocomiale ? Quelle bactérie a été détectée ? Quel traitement vous a-t-on administré ? La prothèse a-t-elle fait l'objet d'une analyse biologique ?	OUI / NON ....
Avez-vous eu des douleurs post-opératoires ? Vos douleurs sont-elles toujours présentes ? A combien estimez-vous le degré de gravité de vos douleurs sur une échelle 1 à 10 ? Quelle est la régularité de vos douleurs ? Entourez-la ou les situations vous correspondant. Vous a-t-on prescrit des médicaments pour calmer vos douleurs ? Si oui, veuillez indiquer le nom. Avez-vous fréquenté un centre anti-douleurs ? Si oui, lequel ? Combien de jours ? Combien de fois ?	OUI / NON OUI / NON 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 □ Périodique / Continue □ En journée / Dans la nuit □ En position assise / En position debout / En position allongée □ Vous pouvez vous déplacer / difficilement vous déplacer □ Vous pouvez conduire / difficilement conduire OUI / NON ..... OUI / NON ....
Avez-vous été ou êtes-vous toujours en arrêt de travail ? Précisez la durée.	OUI / NON Du ..... au .....

Etes-vous suivi par un psychologue ou un psychiatre ? Si oui, disposez-vous d'une attestation établissant que votre état de santé s'est considérablement dégradé depuis l'opération ?	OUI / NON OUI / NON

Nous vous remercions également de préciser votre état de santé actuel, en détaillant vos préjudices, c'est-à-dire tous les aspects de votre vie qui ont été impactés négativement par la pose de la prothèse (préjudice corporel, préjudice psychologique, préjudice sexuel, préjudice sportif, préjudice professionnel, préjudice économique) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ Je mandate le cabinet d'avocats de Maître Pierre DEBUISSON pour communiquer ce formulaire à l'ANSM afin d'effectuer un signalement en mon nom, m'estimant victime d'un certain nombre d'effets secondaires (modérés / lourds / très lourds) subis à la suite d'une opération de pose de prothèses de hernie.

Fait à ..... Signature

Le .....

Merci de bien vouloir joindre à la présente la copie de votre **pièce d'identité**, et si possible, copie de la carte d'implant, copie de vos ordonnances, justificatifs d'arrêt(s) de travail, justificatifs de prise en charge en centre antidouleurs, attestation d'un psychologue / psychiatre.

Formulaire à adresser à : **contact@sanajuris.fr**