

Monsieur/Madame/Mademoiselle [Prénom] [Nom]
[Adresse]
[Code postal]
[Ville]

**Tribunal de Grande Instance
Pôle Santé Publique
6 rue Joseph Autran
13006 MARSEILLE**

A [Ville] , Le 2010

Objet : Plainte contre X pour des faits de Tromperie aggravée¹

Je, soussigné(e)² [Nom, prénom]

née le à

exerçant la profession de :

demeurant :[Adresse]
[Code postal]
[Ville]

téléphone fixe :

téléphone portable :

courriel : @

Souhaite déposer plainte contre X pour tromperie aggravée sur la qualité d'un produit en l'espèce des prothèses mammaires de la marque PIP qui m'ont été implantées (cf annexe 1).

A ce jour ces implants mammaires n'ont pas causé d'atteinte à l'intégrité de ma personne^{*}

(ou, le cas échéant) Ces implants mammaires PIP sont à l'origine de blessures et d'une incapacité totale de travail^{*} (joindre des justificatifs correspondants au préjudice subit et mentionnant l'I.T.T)³

Je joins à la présente plainte, **la copie de ma pièce d'identité**, la copie de mon affiliation à la sécurité Sociale & à la mutuelle, **la copie de carte de porteur d'implants PIP⁴** et la fiche de renseignements (annexe 1) me concernant.

**Fait à
le
Signature :**

1 Délit prévu et réprimé par l'article L 213-1 et L 213-2 du code de la consommation

2 Les informations vous concernant collectées dans le présent procès-verbal peuvent être enregistrées et utilisées dans un traitement de données à caractère personnel de la gendarmerie nationale. Vous pouvez obtenir communication de ces données, ainsi que, en cas d'erreur, leur rectification ou leur suppression. Ces droits s'exercent indirectement par l'intermédiaire de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 8 rue Vivienne, 75083 Paris CEDEX 02

* Rayer la mention inutile

3 Incapacité Totale de Travail (au sens pénal) évalué par un médecin à la demande du patient

4 A défaut joindre tout document attestant que vous portez ou avez portez des implants de la marque Poly implant prothèse (PIP)

FICHE DE RENSEIGNEMENT CONCERNANT : [Prénom] [Nom]

Circonstances de l'implantation mammaire :

- la date de l'implantation et les motifs (esthétique / réparatrice) : _____
- le lieu: _____
- le Nom du chirurgien : _____
 - le n° de lot et le type de prothèses : _____

Renseignements sur le suivi systématique de l'implantation :

- la périodicité des visites ou consultations : _____
- les coordonnées du/des praticiens assurant le suivi : _____

Renseignements sur les complications éventuelles après l'implantation :

Préciser toutes informations sur le suivi médical consécutif à l'apparition des complications :
(Joindre les documents correspondants)

- la date d'apparition des premiers symptômes : _____
- la durée écoulée entre l'implantation et l'apparition des premiers symptômes : _____
- les actes médicaux réalisés : _____
- _____
- la personne prenant ou ayant pris en charge les frais financiers : _____

Renseignements sur sur les mesures prises :

D'ordre médical :	OUI	NON
préciser si des actes d'explantation ou de chirurgie réparatrice ont eu lieu		
Lesquels :		
Autres	OUI	NON
Avez vous eu un contact avec la société PIP ou un représentant de cette société ?		
Avez vous menée préalablement une action civile ou une transaction (amiable) avec PIP ?		
Avez-vous saisi le conseil de l'ordre des médecins ?		
Avez-vous pris contact avec des associations de victimes ?		
Si oui laquelle ou lesquelles		
Avez-vous déjà déposé plainte		
Si oui références de la ou des plaintes déjà déposées		

Fait à _____ Le _____

Signature :

DOCUMENTS QUE VOUS POUVEZ FOURNIR (en plus de ceux mentionnés dans lettre plainte)

- Tous documents se rapportant tant au suivi post-implantatoire qu'au suivi consécutif aux complications
- Les certificats médicaux décrivant la nature du préjudice subi (esthétique, d'agrément, psychologique, psychique...) en mentionnant une éventuelle incapacité totale de travail.
- Tout document sur le préjudice subi ou son estimation (pécuniaire, esthétique).