SHEET 1

Instructions for Completing Allergan's *NATRELLE*® Silicone and Saline Breast Implant Device Registration Form

Please read the instructions below and complete ONE of the attached forms in either English or French.

IMPORTANT: Health Canada has mandated the inclusion of an implant registration form with each of our silicone-filled breast implants. Allergan is also including an implant registration form with each of our saline-filled breast implants. The purpose of this Device Registration Form is to enable Allergan to notify you and your patients of new information concerning the safety, effectiveness or performance of the implant, and any required corrective action. The physician/health care facility is required to offer patients the option of being included in a voluntary patient registry upon implantation of *NATRELLE*® Silicone or Saline Implants prior to inclusion of the patient's personal information on the form.

Once completed, an Allergan *NATRELLE*® Silicone and Saline Breast Implant Device Registration Form should be mailed to the manufacturer to report implantation of *NATRELLE*® Silicone or Saline Breast Implants. **Device tracking information can also be provided via the AbbVie Device Management Portal. Go to devicemanagement.abbvie.com to register and start data entry.**

The healthcare facility is to complete the form, with the exception of the patient information section. For each implantation surgery, complete the implant device and surgery information section. If implants are being explanted as part of the current surgery, please also complete the explanted device information section. If not applicable, mark N/A. For implantation surgery, affix the Device Labels to the Device Registration Form, labeling L for the left breast implant and R for the right breast implant. Labels must be applied to pages 1 and 2 of the form. Product labels can be found attached to the inner product box. If labels are not available, please record the catalog number (REF) and serial number (SN) in the space provided.

Patients who choose the option of being included in the voluntary patient registry, must complete the patient information section, sign and date the form on Page 1. By doing this, the patient is consenting to release their information to the manufacturer.

After completion of the Device Registration Form and ensuring that the serial number information is on each form, Healthcare personnel should remove the top copy and either fax to Allergan at 1.800.432.8803 or mail to AbbVie Device Tracking, 1 N. Waukegan Rd, Bldg. J23-2, North Chicago, IL 60064. The bottom copies (Pages 2 and 3) are to be given to the patient for their records.

Note: If any *NATRELLE*® Silicone or Saline Breast Implants are discarded or destroyed during surgery please contact Allergan Medical Aesthetics Device Tracking Department at 1.800.972.9378 to report this final disposition.

Allergan
2525 Dupont Drive
Irvine, CA 92612

L057rev07 04/2022

SHEET 2

Allergan™

CANADIAN DEVICE REGISTRATION
NATRELLE® Silicone and Saline Breast Implants
Mailing Address: AbbVie Device Tracking 1 N. Waukegan Rd. Bldg. J23-2,
North Chicago, IL 60064.
ph.: 1.800.972.9378

Complete If *NATRELLE*® Silicone- and Saline-Breast Implants Were Removed ❑ N/A

EXPLANTED DEVICE INFORMATION

Date of Explant mm _____/dd _____/yy _____

(Left) Serial # _____ ❑ Unknown	(Right) Serial # _____ ❑ Unknown
(Left) REF # _____ ❑ Unknown	(Right) REF # _____ ❑ Unknown
Reason for Left removal _____	Reason for Right removal _____
Original implant date: mm _____ /dd _____ /yy _____ ❑ Unknown	Original implant date: mm _____ /dd _____ /yy _____ ❑ Unknown
Original implanting physician _____ ❑ Unknown	Original implanting physician _____ ❑ Unknown

Complete Upon Implant

IMPLANT DEVICE AND SURGERY INFORMATION

Affix Left Device Label or fill in the device data

LEFT SIDE REF _____

LEFT SIDE SERIAL NUMBER _____

❑ Reconstruction ❑ Augmentation
❑ Revision

Affix Right Device Label or fill in the device data

RIGHT SIDE REF _____

RIGHT SIDE SERIAL NUMBER _____

❑ Reconstruction ❑ Augmentation
❑ Revision

DATE OF SURGERY mm _____/dd _____/yy _____

PHYSICIAN INFORMATION

LAST NAME	FIRST NAME	
ADDRESS	CITY/PROVINCE	POSTAL CODE
EMAIL	TELEPHONE	FAX

HEALTH CARE FACILITY INFORMATION

NAME OF THE HEALTH CARE FACILITY AT WHICH THE IMPLANT PROCEDURE TOOK PLACE		
ADDRESS	CITY/PROVINCE	POSTAL CODE
HEALTH CARE FACILITY PATIENT IDENTIFICATION NUMBER	TELEPHONE	FAX

ATTENDING/FOLLOWING PHYSICIAN INFORMATION (*if different from above*)

LAST NAME	FIRST NAME	
ADDRESS	CITY/PROVINCE	POSTAL CODE
EMAIL	TELEPHONE	FAX

TO BE COMPLETED BY THE PATIENT

I RELEASE THE FOLLOWING INFORMATION TO THE MANUFACTURER: _____
PATIENT SIGNATURE/DATE

PATIENT INFORMATION

LAST NAME	FIRST NAME	
ADDRESS	CITY/PROVINCE	POSTAL CODE
DATE OF BIRTH	EMAIL	TELEPHONE

PLEASE SUBMIT VIA THE ABBVIE DEVICE MANAGEMENT PORTAL OR SEND VIA EMAIL

L057rev07 04/2022

© 2022 Allergan. All rights reserved. All trademarks are the property of their respective owners.

SHEET 3

Allergan™

CANADIAN DEVICE REGISTRATION
NATRELLE® Silicone and Saline Breast Implants
Mailing Address: AbbVie Device Tracking 1 N. Waukegan Rd. Bldg. J23-2,
North Chicago, IL 60064.
ph.: 1.800.972.9378

Complete If *NATRELLE*® Silicone- and Saline-Breast Implants Were Removed ❑ N/A

EXPLANTED DEVICE INFORMATION

Date of Explant mm _____/dd _____/yy _____

(Left) Serial # _____ ❑ Unknown	(Right) Serial # _____ ❑ Unknown
(Left) REF # _____ ❑ Unknown	(Right) REF # _____ ❑ Unknown
Reason for Left removal _____	Reason for Right removal _____
Original implant date: mm _____ /dd _____ /yy _____ ❑ Unknown	Original implant date: mm _____ /dd _____ /yy _____ ❑ Unknown
Original implanting physician _____ ❑ Unknown	Original implanting physician _____ ❑ Unknown

Complete Upon Implant

IMPLANT DEVICE AND SURGERY INFORMATION

Affix Left Device Label or fill in the device data

LEFT SIDE REF _____

LEFT SIDE SERIAL NUMBER _____

❑ Reconstruction ❑ Augmentation
❑ Revision

Affix Left Device Label or fill in the device data

RIGHT SIDE REF _____

RIGHT SIDE SERIAL NUMBER _____

❑ Reconstruction ❑ Augmentation
❑ Revision

DATE OF SURGERY mm _____/dd _____/yy _____

PHYSICIAN INFORMATION

LAST NAME	FIRST NAME	
ADDRESS	CITY/PROVINCE	POSTAL CODE
EMAIL	TELEPHONE	FAX

HEALTH CARE FACILITY INFORMATION

NAME OF THE HEALTH CARE FACILITY AT WHICH THE IMPLANT PROCEDURE TOOK PLACE		
ADDRESS	CITY/PROVINCE	POSTAL CODE
HEALTH CARE FACILITY PATIENT IDENTIFICATION NUMBER	TELEPHONE	FAX

ATTENDING/FOLLOWING PHYSICIAN INFORMATION (*if different from above*)

LAST NAME	FIRST NAME	
ADDRESS	CITY/PROVINCE	POSTAL CODE
EMAIL	TELEPHONE	FAX

TO BE COMPLETED BY THE PATIENT

I RELEASE THE FOLLOWING INFORMATION TO THE MANUFACTURER: _____
PATIENT SIGNATURE/DATE

PATIENT INFORMATION

LAST NAME	FIRST NAME	
ADDRESS	CITY/PROVINCE	POSTAL CODE
DATE OF BIRTH	EMAIL	TELEPHONE

GIVE THIS PAGE TO THE PATIENT

Notice to the patient: the purpose of device registration is to enable the manufacturer to notify you of new information concerning the safety, effectiveness or performance of the implant, and any required corrective action; and for that reason you should notify the manufacturer of any change of address.

L057rev07 04/2022

© 2022 Allergan. All rights reserved. All trademarks are the property of their respective owners.

SHEET 4

Allergan™

CANADIAN DEVICE REGISTRATION
NATRELLE® Silicone and Saline Breast Implants
Mailing Address: AbbVie Device Tracking 1 N. Waukegan Rd. Bldg. J23-2,
North Chicago, IL 60064.
ph.: 1.800.972.9378

TO BE COMPLETED BY THE PATIENT

Dear Patient:

By completing and submitting the Device Tracking Form, you acknowledge that:

- Your surgeon provided you with Allergan's patient labeling documents and that you have had adequate time to review and understand the risk and benefits of breast surgery; and
- You have not opted out of providing personal information (including name, address, phone number, date of birth, email and SSN) to Allergan's Device Tracking Program. You understand that your personal information will be provided to Allergan and any of its vendors or third parties providing device tracking services on its behalf, and any relevant regulatory authorities for device tracking purposes, in accordance with applicable laws and regulations; and
- You are aware that you should report any changes in your contact information to Allergan by emailing AbbVie_Device_Tracking@AbbVie.com

In accordance with applicable regulations, your patient specific information has been provided to Allergan for Device Tracking purposes. If you DO NOT wish to participate in the Device Tracking Program, please check this box.

❑ No, I do not want to participate in the Device Tracking Program

As part of the Device Tracking Program Allergan may share your information with your surgeon and may occasionally be asked to release your patient information to a third party, such as Health Canada and/or as required by law. If you choose to participate in the Device Tracking Program but DO NOT want Allergan to release your patient specific information, please check the box below. Please note that there may be instances where Allergan is legally required to share your patient specific information as per applicable regulation.

❑ No, I do not want my patient specific information to be released to any third parties, subject to the noted disclosures.

"If you marked "no," please contact AbbVie by email *(AbbVie_Device_Tracking@AbbVie.com)* or by telephone *(1.800.972.9378)*.

GIVE THIS PAGE TO THE PATIENT

Notice to the patient: the purpose of device registration is to enable the manufacturer to notify you of new information concerning the safety, effectiveness or performance of the implant, and any required corrective action; and for that reason you should notify the manufacturer of any change of address.

L057rev07 04/2022

© 2022 Allergan. All rights reserved. All trademarks are the property of their respective owners.

ARTWORK TEMPLATE
DRAWING 3866

abbvie GLOBAL LABEL MANAGEMENT

Date: 18 MAY 2023

Part number	L057rev07	- Scale: 100%	Black
Drawing number	3866	- Drop dieline and notes before processing	PMS 109
			PMS 273
			Dieline

SHEET 5

Instructions relatives au formulaire d'enregistrement des implants mammaires en sérum physiologique et en gel de silicone *NATRELLE*[MD] d'Allergan

Veuillez suivre les instructions ci-dessous et remplir l'UN des formulaires ci-joints en français ou en anglais.

IMPORTANT: Santé Canada a imposé l'inclusion d'un formulaire d'enregistrement des implants avec chacun de nos implants mammaires en gel de silicone. Allergan inclut également un formulaire d'enregistrement d'implant avec chacun de nos implants mammaires au sérum physiologique. Ce formulaire d'enregistrement permettra à Allergan de vous transmettre, et de transmettre à vos patientes, tout nouveau renseignement portant sur la sécurité et l'efficacité de l'implant, ainsi que sur toute mesure corrective nécessaire. Les médecins et les établissements de soins de santé doivent offrir aux patientes la possibilité de s'inscrire dans un registre volontaire des patients lors de la mise en place des implants en sérum physiologique ou en gel de silicone *NATRELLE*[MD] avant d'inscrire leurs coordonnées sur le formulaire. Des renseignements sur le suivi de dispositif peuvent également être fournis sur le Portail de gestion des dispositifs d'Allergan. Rendez-vous à <devicemanagement.abbvie.com> pour vous inscrire et commencer à saisir vos données.

Une fois rempli le formulaire d'enregistrement des implants mammaires en sérum physiologique et en gel de silicone *NATRELLE*[MD] d'Allergan, il doit être envoyé au fabricant par courrier pour l'aviser de la mise en place des implants mammaires en sérum physiologique ou en gel de silicone *NATRELLE*[MD]. Les renseignements de suivi de dispositif peuvent également être fournis via le portail de gestion des dispositifs d'AbbVie. Accédez à devicemanagement.abbvie.com afin de vous enregistrer pour commencer à saisir des données.

L'établissement de soins de santé doit remplir tout le formulaire, à l'exception de la section sur les coordonnées de la patiente. La section sur les renseignements relatifs à l'implant et à l'intervention chirurgicale doit être remplie pour chaque chirurgie mammaire d'implantation. Si les implants doivent être explantés dans le cadre de l'intervention chirurgicale visée, veuillez également remplir la section sur les renseignements à propos des implants explantés. Si ce n'est pas le cas, inscrivez S/O. Dans les cas de chirurgie mammaire d'implantation, apposez les étiquettes sur les formulaires d'enregistrement des implants, en inscrivant la lettre « G » pour indiquer l'implant de côté gauche et la lettre « D » pour l'implant de côté droit. Les étiquettes doivent être apposées sur les pages 1 et 2 du formulaire. Vous trouverez les étiquettes à l'intérieur de l'emballage du produit. Si vous ne trouvez pas les étiquettes, veuillez inscrire le numéro de catalogue (REF) et le numéro de série (NS) dans la case appropriée.

Les patientes qui souhaitent être inscrites dans un registre volontaire des patients, doivent remplir la section sur les coordonnées de la patiente, inscrire la date et signer sur le page 1 du formulaire. Ce faisant, la patiente consent à ce que le fabricant ait accès à ses coordonnées.

Dès que le formulaire d'enregistrement du dispositif est rempli et que le numéro de série y est bien inscrit, l'intervenant en soins de santé doit ôter la copie du haut et l'envoyer par courrier à l'adresse AbbVie Device Tracking, 1 N. Waukegan Rd, Bldg. J23-2, North Chicago, IL 60064. Les copies du bas (pages 2 et 3) doivent être remises à la patiente pour qu'elle la conserve dans ses dossiers personnels.

Remarque : Dans le cas où des implants mammaires en sérum physiologique ou en gel de silicone *NATRELLE*[MD] doivent être jetés ou détruits lors de la chirurgie, veuillez communiquer avec le Service de repérage des implants esthétiques médicaux d'Allergan au 1.800.972.9378 pour les informer de la situation.

Allergan
2525 Dupont Drive
Irvine, CA 92612

L057rev07 04/2022

SHEET 6

Allergan™ Implants mammaires *NATRELLE*[MD] en sérum physiologique et en gel de silicone
ENREGISTREMENT CANADIEN DES IMPLANTS
Adresse Postale: AbbVie Device Tracking 1 N. Waukegan Rd. Bldg. J23-2
North Chicago, IL 60064
Tél.: 1.800.972.9378

À remplir si les implants mammaires en sérum physiologique et en gel de silicone *NATRELLE*[MD] ont été retirés ❑ S. O.

RENSEIGNEMENTS SUR L'IMPLANT EXPLANTÉ

Date de l'explant mm _____ /jj _____ /aa _____

(Gauche) No de série _____ ❑ Inconnu
(Gauche) No de référence _____ ❑ Inconnu
Raison expliquant le retrait _____
Date de l'implant initial : mm _____ /jj _____ /aa _____ ❑ Inconnu
Médecin qui a initialement mis en place l'implant _____ ❑ Inconnu

(Droit) No de série _____ ❑ Inconnu
(Droit) No de référence _____ ❑ Inconnu
Raison expliquant le retrait _____
Date de l'implant initial : mm _____ /jj _____ /aa _____ ❑ Inconnu
Médecin qui a initialement mis en place l'implant _____ ❑ Inconnu

À remplir après l'implantation

RENSEIGNEMENTS SUR LES IMPLANTS ET SUR LA CHIRURGIE

Dès que le formulaire d'enregistrement du dispositif est rempli et que le numéro de série y est bien inscrit, l'intervenant en soins de santé doit ôter la copie du haut et l'envoyer à Allergan par télécopieur au 1.800.432.8803 ou par courrier à l'adresse AbbVie Device Tracking, 1 N. Waukegan Rd, Bldg. J23-2 North Chicago, IL 60064.

CÔTÉ GAUCHE REF _____
CÔTÉ GAUCHE NUMÉRO DE SÉRIE _____
❑ Reconstruction ❑ Augmentation
❑ Révision

Dès que le formulaire d'enregistrement du dispositif est rempli et que le numéro de série y est bien inscrit, l'intervenant en soins de santé doit ôter la copie du haut et l'envoyer à Allergan par télécopieur au 1.800.432.8803 ou par courrier à l'adresse AbbVie Device Tracking, 1 N. Waukegan Rd, Bldg. J23-2 North Chicago, IL 60064.

CÔTÉ DROIT REF _____
CÔTÉ DROIT NUMÉRO DE SÉRIE _____
❑ Reconstruction ❑ Augmentation
❑ Révision

DATE DE LA CHIRURGIE mm _____ /jj _____ /aa _____

RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN

NOM | PRÉNOM
ADRESSE POSTALE | VILLE/PROVINCE | CODE POSTAL
COURRIEL | TÉLÉPHONE | TÉLÉCOPIEUR

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL OU A EU LIEU L'INTERVENTION CHIRURGICALE D'IMPLANTATION
ADRESSE POSTALE | VILLE/PROVINCE | CODE POSTAL
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE LA PATIENTE DE L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL | TÉLÉPHONE | TÉLÉCOPIEUR

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT OU EFFECTUANT LE SUIVI (si différent de celui susmentionné)

NOM | PRÉNOM
ADRESSE POSTALE | VILLE/PROVINCE | CODE POSTAL
COURRIEL | TÉLÉPHONE | TÉLÉCOPIEUR

SECTION À FAIRE REMPLIR PAR LA PATIENTE

JE FOURNIS LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS AU FABRICANT _____
SIGNATURE DE LA PATIENTE ET DATE

RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE

NOM | PRÉNOM
ADRESSE POSTALE | VILLE/PROVINCE | CODE POSTAL
DATE DE NAISSANCE | COURRIEL | TÉLÉPHONE

À TRANSMETTRE VIA LE PORTAIL DE GESTION DES DISPOSITIFS D'ABBVIE OU PAR COURRIER.

L057rev07 04/2022 © 2022 Allergan. Tous droits réservés. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs détenteurs respectifs.

SHEET 7

Allergan™ Implants mammaires *NATRELLE*[MD] en sérum physiologique et en gel de silicone
ENREGISTREMENT CANADIEN DES IMPLANTS
Adresse Postale: AbbVie Device Tracking 1 N. Waukegan Rd. Bldg. J23-2
North Chicago, IL 60064
Tél.: 1.800.972.9378

À remplir si les implants mammaires en sérum physiologique et en gel de silicone *NATRELLE*[MD] ont été retirés ❑ S. O.

RENSEIGNEMENTS SUR L'IMPLANT EXPLANTÉ

Date de l'explant mm _____ /jj _____ /aa _____

(Gauche) No de série _____ ❑ Inconnu
(Gauche) No de référence _____ ❑ Inconnu
Raison expliquant le retrait _____
Date de l'implant initial : mm _____ /jj _____ /aa _____ ❑ Inconnu
Médecin qui a initialement mis en place l'implant _____ ❑ Inconnu

(Droit) No de série _____ ❑ Inconnu
(Droit) No de référence _____ ❑ Inconnu
Raison expliquant le retrait _____
Date de l'implant initial : mm _____ /jj _____ /aa _____ ❑ Inconnu
Médecin qui a initialement mis en place l'implant _____ ❑ Inconnu

À remplir après l'implantation

RENSEIGNEMENTS SUR LES IMPLANTS ET SUR LA CHIRURGIE

Apposez l'étiquette de l'implant gauche ou inscrivez les données sur l'implant

CÔTÉ GAUCHE REF _____
CÔTÉ GAUCHE NUMÉRO DE SÉRIE _____
❑ Reconstruction ❑ Augmentation
❑ Révision

Apposez l'étiquette de l'implant gauche ou inscrivez les données sur l'implant

CÔTÉ DROIT REF _____
CÔTÉ DROIT NUMÉRO DE SÉRIE _____
❑ Reconstruction ❑ Augmentation
❑ Révision

DATE DE LA CHIRURGIE mm _____ /jj _____ /aa _____

RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN

NOM | PRÉNOM
ADRESSE POSTALE | VILLE/PROVINCE | CODE POSTAL
COURRIEL | TÉLÉPHONE | TÉLÉCOPIEUR

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL OU A EU LIEU L'INTERVENTION CHIRURGICALE D'IMPLANTATION
ADRESSE POSTALE | VILLE/PROVINCE | CODE POSTAL
NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE LA PATIENTE DE L'ÉTABLISSEMENT MÉDICAL | TÉLÉPHONE | TÉLÉCOPIEUR

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN TRAITANT OU EFFECTUANT LE SUIVI (si différent de celui susmentionné)

NOM | PRÉNOM
ADRESSE POSTALE | VILLE/PROVINCE | CODE POSTAL
COURRIEL | TÉLÉPHONE | TÉLÉCOPIEUR

SECTION À FAIRE REMPLIR PAR LA PATIENTE

JE FOURNIS LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS AU FABRICANT _____
SIGNATURE DE LA PATIENTE ET DATE

RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE

NOM | PRÉNOM
ADRESSE POSTALE | VILLE/PROVINCE | CODE POSTAL
DATE DE NAISSANCE | COURRIEL | TÉLÉPHONE

REMETTEZ CETTE PAGE À LA PATIENTE

Note pour la patiente : le but de l'enregistrement de l'implant est de permettre au fabricant de vous faire part des nouveaux renseignements concernant l'innocuité, l'efficacité ou la performance de l'implant, ou de toute mesure corrective. Pour cette raison, vous devez informer le fabricant de tout changement d'adresse.

L057rev07 04/2022 © 2022 Allergan. Tous droits réservés. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs détenteurs respectifs.

SHEET 8

Allergan™ Implants mammaires *NATRELLE*[MD] en sérum physiologique et en gel de silicone
ENREGISTREMENT CANADIEN DES IMPLANTS
Adresse Postale: AbbVie Device Tracking 1 N. Waukegan Rd. Bldg. J23-2
North Chicago, IL 60064
Tél.: 1.800.972.9378

SECTION À FAIRE REMPLIR PAR LA PATIENTE

Chère patiente :

En remplissant et en transmettant le présent formulaire de suivi de dispositif, vous confirmez que :

- Votre chirurgien vous a remis les renseignements d'étiquetage d'Allergan à l'intention du patient, que vous avez disposé de suffisamment de temps pour en prendre connaissance et que vous comprenez les risques de même que les avantages de la chirurgie mammaire;
- Vous n'avez pas refusé de fournir vos renseignements personnels (dont votre nom, votre adresse, votre numéro de téléphone, votre date de naissance, votre adresse courriel et votre NAS) au programme de suivi de dispositif d'Allergan. Vous comprenez que vos renseignements personnels seront fournis à Allergan et à ses fournisseurs ou aux tiers fournissant des services de suivi des dispositifs en son nom, ainsi qu'à toute autorité réglementaire pertinente aux fins de suivi des appareils, conformément aux lois et règlements applicables;
- Vous savez que vous devez signaler à Allergan tout changement dans vos coordonnées en envoyant un courriel à l'adresse AbbVie_Device_Tracking@AbbVie.com.

Conformément aux règlements applicables, vos renseignements-patient ont été fournis à Allergan à des fins de suivi du dispositif. Si vous NE voulez PAS participer au programme de suivi de dispositif, veuillez cocher cette case.

❑ Non, je ne souhaite pas participer au programme de suivi de dispositif

Dans le cadre du programme de suivi de dispositif, Allergan pourrait transmettre vos renseignements à votre chirurgien et occasionnellement vous faire la demande de divulguer vos renseignements-patient à un tiers, comme Santé Canada, et/ou selon les exigences de la loi. Si vous choisissez de participer au programme, mais que vous NE voulez PAS qu'Allergan divulgue vos renseignements-patient, veuillez cocher la case ci-dessous. Veuillez noter que dans certaines situations, Allergan peut être légalement tenue de transmettre vos renseignements-patient conformément à la réglementation applicable.

❑ Non, je ne désire pas que mes renseignements-patient soient divulgués à des tiers, à l'exception des divulgations indiquées.

Si vous cochez "non", svp contacter AbbVie par courriel *(AbbVie_Device_Tracking@AbbVie.com)* ou par téléphone *(1.800.972.9378)*.

REMETTEZ CETTE PAGE À LA PATIENTE

Note pour la patiente : le but de l'enregistrement de l'implant est de permettre au fabricant de vous faire part des nouveaux renseignements concernant l'innocuité, l'efficacité ou la performance de l'implant, ou de toute mesure corrective. Pour cette raison, vous devez informer le fabricant de tout changement d'adresse.

L057rev07 04/2022 © 2022 Allergan. Tous droits réservés. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs détenteurs respectifs.

ARTWORK TEMPLATE
DRAWING 3866

abbvie GLOBAL LABEL MANAGEMENT Date: 18 MAY 2023

Part number	L057rev07	- Scale: 100%	Black
Drawing number	3866	- Drop dieline and notes before processing	PMS 109
			PMS 273
			Dieline