



**SIENTRA SILICONE GEL BREAST IMPLANT
DEVICE TRACKING AND LIMITED WARRANTY
CANADIAN ENROLLMENT FORM**

PLEASE SEND FORM VIA EMAIL: ENROLLMENT@SIENTRA.CA or FAX: 888.906.0101

IMPORTANT

Please complete section 1 of this form to comply with Sientra's Device Tracking Program. ALL REQUIRED FIELDS MUST BE COMPLETED FOR DEVICE TRACKING. Please see Section 2 below for patient enrollment in the Sientra Warranty Program.

| 1. DEVICE AND SURGERY INFORMATION (ALL INFORMATION REQUIRED) | | | |
|---|---------------|---|---------------|
| PATIENT'S LEFT SIDE Place LEFT Patient Record label here or write in below: | | PATIENT'S RIGHT SIDE Place RIGHT Patient Record label here or write in below: | |
| CATALOG # (REQUIRED) | | CATALOG # (REQUIRED) | |
| | SIZE / VOLUME | | SIZE / VOLUME |
| SERIAL # (REQUIRED) | | SERIAL # (REQUIRED) | |
| PRODUCT NAME | | PRODUCT NAME | |
| Record Reason for Surgery and Date of Implantation below: | | Record Reason for Surgery and Date of Implantation below: | |
| REASON FOR SURGERY (REQUIRED) <input type="checkbox"/> AUGMENTATION <input type="checkbox"/> RECONSTRUCTION <input type="checkbox"/> REPLACEMENT | | REASON FOR SURGERY (REQUIRED) <input type="checkbox"/> AUGMENTATION <input type="checkbox"/> RECONSTRUCTION <input type="checkbox"/> REPLACEMENT | |
| DATE OF IMPLANTATION (mm/dd/yyyy) (REQUIRED) | | DATE OF IMPLANTATION (mm/dd/yyyy) (REQUIRED) | |

IMPORTANT

Patients must participate in Sientra's Device Tracking Program in order to activate the Sientra Product Limited Warranty. Please complete sections 2-3, (and 4, if applicable) of this Form. ALL REQUIRED FIELDS MUST BE COMPLETED FOR LIMITED WARRANTY ACTIVATION. Please refer to the terms, conditions and claims procedures of the Limited Warranty and Product Replacement Programs for Sientra Silicone Gel Breast Implants available at sientra.ca/resources or by calling 1-888-478-5782.

| 2. PATIENT INFORMATION | | | |
|--|---------------------|------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Patient Refused to Release Patient Identifying Information* | | | |
| *If box has been checked, Sientra Product Limited Warranty will not be activated and Patient will be ineligible. (Non-Patient specific information must still be collected.) | | | |
| LAST NAME (REQUIRED) | | FIRST NAME (REQUIRED) | M.I. |
| TELEPHONE (REQUIRED) | CELL PHONE | FAX | EMAIL |
| ADDRESS (REQUIRED) | | | DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) (REQUIRED) |
| CITY (REQUIRED) | PROVINCE (REQUIRED) | POSTAL CODE (REQUIRED) | COUNTRY |

| 3. IMPLANTING / EXPLANTING PHYSICIAN INFORMATION | | | |
|--|----------|-----------------------|--|
| LAST NAME (REQUIRED) | | FIRST NAME (REQUIRED) | |
| TELEPHONE | FAX | EMAIL | |
| ADDRESS | | | |
| CITY | PROVINCE | POSTAL CODE | |

| 4. FOLLOW-UP PHYSICIAN INFORMATION If different than above (e.g. primary care provider) <input type="checkbox"/> N/A | | | |
|--|----------|-------------|--|
| LAST NAME | | FIRST NAME | |
| TELEPHONE | FAX | EMAIL | |
| ADDRESS | | | |
| CITY | PROVINCE | POSTAL CODE | |

| |
|--|
| FORM COMPLETED BY: _____ (SIGNATURE): _____ |
| (DATE): _____ (TELEPHONE): _____ (FAX): _____ (EMAIL): _____ |

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE PAR COURRIEL : ENROLLMENT@SIENTRA.CA ou FAX : 888 906 -0101

IMPORTANT

Veillez remplir la section 1 de ce formulaire pour vous conformer au programme de suivi des dispositifs de Sientra. TOUS LES CHAMPS OBLIGATOIRES DOIVENT ÊTRE REMPLIS POUR ASSURER LE SUIVI DES DISPOSITIFS. Veuillez consulter la section 2 ci-dessous pour l'inscription des patients au programme de garantie Sientra.

| 1. RENSEIGNEMENTS SUR LES INSTRUMENTS ET LA CHIRURGIE (TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES) | | | |
|--|---------------|--|---------------|
| CÔTÉ GAUCHE DE LA PATIENTE Placez l'étiquette GAUCHE du dossier de la patiente ici ou remplissez la section ci-dessous : | | CÔTÉ DROIT DE LA PATIENTE Placez l'étiquette DROITE du dossier de la patiente ici ou remplissez la section ci-dessous : | |
| N° DE CATALOGUE (OBLIGATOIRE) | TAILLE/VOLUME | N° DE CATALOGUE (OBLIGATOIRE) | TAILLE/VOLUME |
| N° DE SÉRIE (OBLIGATOIRE) | | N° DE SÉRIE (OBLIGATOIRE) | |
| NOM DU PRODUIT | | NOM DU PRODUIT | |
| Inscrivez le motif de la chirurgie et la date d'implantation ci-dessous : | | Inscrivez le motif de la chirurgie et la date d'implantation ci-dessous : | |
| MOTIF DE LA CHIRURGIE (OBLIGATOIRE) <input type="checkbox"/> AUGMENTATION <input type="checkbox"/> RECONSTRUCTION <input type="checkbox"/> REMPLACEMENT | | MOTIF DE LA CHIRURGIE (OBLIGATOIRE) <input type="checkbox"/> AUGMENTATION <input type="checkbox"/> RECONSTRUCTION <input type="checkbox"/> REMPLACEMENT | |
| DATE D'IMPLANTATION (jj/mm/aaaa) (OBLIGATOIRE) | | DATE D'IMPLANTATION (jj/mm/aaaa) (OBLIGATOIRE) | |

Pour activer ladite garantie limitée, les patientes doivent participer au programme de suivi des dispositifs Sientra. Veuillez remplir les sections 2 et 3 de ce formulaire et, le cas échéant, la section 4. TOUS LES CHAMPS OBLIGATOIRES DOIVENT ÊTRE REMPLIS POUR ACTIVER LA GARANTIE LIMITÉE. Veuillez consulter les conditions générales et les procédures de réclamation des programmes de garantie limitée et de remplacement des implants mammaires en gel de silicone Sientra à sientra.ca/resources ou en composant le 1 888 478-5782.

IMPORTANT

| 2. RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE | | | |
|--|------------------------|---------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> La patiente refuse de divulguer ses renseignements d'identification* *Si cette case est cochée, la garantie limitée des produits Sientra ne sera pas activée et la patiente n'y sera pas admissible. (Les renseignements qui ne permettent pas d'identifier la patiente doivent tout de même être fournis.) | | | |
| NOM (OBLIGATOIRE) | | PRÉNOM (OBLIGATOIRE) | INITIALES DU SECOND PRÉNOM |
| TÉLÉPHONE (OBLIGATOIRE) | CELLULAIRE | TÉLÉCOPIEUR | COURRIEL |
| ADRESSE (OBLIGATOIRE) | | | DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa) (OBLIGATOIRE) |
| VILLE (OBLIGATOIRE) | PROVINCE (OBLIGATOIRE) | CODE POSTAL (OBLIGATOIRE) | PAYS |

| 3. RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA MÉDECIN RESPONSABLE DE L'IMPLANTATION OU DE L'EXPLANTATION | | | |
|---|-------------|----------------------|--|
| NOM (OBLIGATOIRE) | | PRÉNOM (OBLIGATOIRE) | |
| TÉLÉPHONE | TÉLÉCOPIEUR | COURRIEL | |
| ADRESSE | | | |
| VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | |

| 4. RENSEIGNEMENTS SUR LE OU LA MÉDECIN DE SUIVI | | | |
|---|-------------|-------------|--|
| S'ils sont différents de la section précédente (p. ex., fournisseur de soins primaires) <input type="checkbox"/> S.O. | | | |
| NOM | | PRÉNOM | |
| TÉLÉPHONE | TÉLÉCOPIEUR | COURRIEL | |
| ADRESSE | | | |
| VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL | |

| |
|---|
| FORMULAIRE REMPLI PAR : _____ (SIGNATURE) : _____ |
| (DATE) : _____ (TÉLÉPHONE) : _____ (TÉLÉCOPIEUR) : _____ (COURRIEL) : _____ |