



Please fax completed form and/or any additional relevant information to 416 327-7526 or toll-free 1 866 811-9908; or send to Drug Programs Delivery Branch (DPDB), 3rd floor, 5700 Yonge Street, Toronto ON M2M 4K5. For copies of this and other EAP forms, please visit http://www.health.gov.on.ca/en/public/forms/odb_fm.aspx

The Ministry of Health and Long-Term Care (the "ministry") considers requests for coverage of drug products not listed in the Ontario Drug Benefit Formulary under Section 16 of the Ontario Drug Benefit Act. This form is intended to facilitate requests for drugs under the Exceptional Access Program. The ministry may request additional documentation to support the request.

Please ensure that all appropriate information for each section is provided to avoid delays.

Section 1 - Prescriber Information and Section 2 - Patient Information. Includes fields for First name, Initial, Last name, Mailing Address, Health Number, Telephone no., and Date of birth.

Form with checkboxes for 'New request' and 'Renewal of existing EAP approval (specify EAP#)'.

Section 3 - Drug Requested. Includes fields for Requested drug product, Strength / Dosage form, Frequency of administration, Expected start date, and Duration of therapy.

Section 4 - Diagnosis and Reason for Use. Includes fields for Diagnosis for which the drug is requested, Reason for use over formulary alternatives, and a note about providing start date and objective evidence of efficacy.

Section 5 - Current and / or Previous Medications. Includes a table for listing alternatives with columns for Name of drug, Dosage, Approximate timeframe of therapy, and Reason(s) why formulary alternatives are not appropriate.

Section 6 - Clinical Information. Includes a field for providing relevant medical data (e.g. culture and sensitivity reports, serum drug levels, laboratory results).

Section 6 - Clinical Information (continued). Includes fields for Prescriber signature (mandatory), CPSO number, and Date.

Veillez faire parvenir la formule dûment remplie et tous les autres renseignements pertinents par télécopieur au 416 327-7526 ou sans frais au 1 866 811-9908. Vous pouvez aussi les envoyer à la Direction de la mise en œuvre des programmes de médicaments, 3^e étage, 5700, rue Yonge, Toronto ON M2M 4K5. Pour obtenir cette formule d'autres formules du Programme d'accès exceptionnel, rendez-vous sur http://www.health.gov.on.ca/fr/public/forms/odb_fm.aspx

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « ministère ») prend en considération les demandes de produits médicamenteux ne figurant pas dans le Formulaire de médicaments de l'Ontario en vertu de l'article 16 de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*. La présente formule a pour but de faciliter les demandes de médicaments dans le cadre du Programme d'accès exceptionnel. Le ministère peut exiger des documents supplémentaires à l'appui de la demande. Veuillez fournir tous les renseignements pertinents dans chaque partie afin de ne pas retarder le traitement de votre demande.

Partie 1 – Renseignements sur le prescripteur			Partie 2 – Renseignements sur le patient		
Prénom	Initiale	Nom de famille	Prénom	Initiale	Nom de famille
Adresse postale Numéro		Rue	N° de carte Santé		
Ville		Code postal			
N° de télécopieur ()		N° de téléphone ()		Date de naissance (aaaa/mm/jj)	
<input type="checkbox"/> Nouvelle demande		<input type="checkbox"/> Renouvellement de l'approbation existante (PAE#)		_____	

Partie 3 – Médicament demandé	
Produit médicamenteux demandé	DIN
Concentration/forme posologique	Fréquence d'administration
Date de début	Durée du traitement prévue

Partie 4 – Diagnostic et justification de l'usage
Diagnostic pour lequel le médicament fait l'objet de la demande :
Justification de son usage plutôt que d'autres produits comparables existants dans le formulaire :
Si le patient prend actuellement le produit demandé, veuillez indiquer la date de début et une preuve objective de son efficacité :

Partie 5 – Médicaments pris maintenant et antérieurement			
a) Veuillez indiquer les autres produits (<i>médicaments figurant dans la liste et/ou traitement autre que des médicaments</i>) qui ont été essayés pour cet état.			
Médicament (Préciser s'il est pris actuellement ou antérieurement)	Dosage	Période approximative du traitement	Raison pour laquelle d'autres produits comparables existants dans le formulaire ne conviennent pas
<input type="checkbox"/> actuellement <input type="checkbox"/> antérieurement			
<input type="checkbox"/> actuellement <input type="checkbox"/> antérieurement			
<input type="checkbox"/> actuellement <input type="checkbox"/> antérieurement			
<input type="checkbox"/> actuellement <input type="checkbox"/> antérieurement			
b) Veuillez indiquer l'emploi thérapeutique de médicaments concomitants pour d'autres états :			

Partie 6 – Renseignements cliniques		
Veuillez fournir les données médicales pertinentes (<i>p. ex., rapports de culture et de sensibilité, concentration sérique des médicaments, résultats de laboratoire</i>)		
Les renseignements demandés dans cette formule sont recueillis en vertu de la <i>Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé</i> , S.O. 2004, c.3, annexe A, (LPRPS) et de l'article 13 de la <i>Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario</i> , L.R.O. 1990, chap. O.10, et seront utilisés conformément à la LPRPS, de la manière décrite dans la « Déclaration concernant les pratiques en matière d'information du ministère de la Santé et des Soins de longue durée », que l'on peut consulter sur www.health.gov.on.ca . Si vous avez des questions sur la collecte ou l'utilisation de ces renseignements, veuillez les adresser au Service d'assistance du Programme de médicaments de l'Ontario au 1 800 668-6641 ou au directeur, Direction de la mise en œuvre des programmes de médicaments, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 5700, rue Yonge, 3 ^e étage, Toronto ON M2M 4K5.		
Signature du prescripteur (<i>obligatoire</i>)	N° de membre de l'OMCO	Date