

Please fax completed form and/or any additional relevant information to (416) 327-7526 or toll-free 1 866 811-9908; or send to the Individual Eligibility Review Branch (IERB), 3rd floor, 5700 Yonge Street, Toronto ON M2M 4K5. For copies of this and other ICR forms, please visit http://www.health.gov.on.ca/english/public/forms/form_menus/odb_fm.html

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 the Individual Clinical Review (ICR) Mechanism of the *Ontario Drug Benefit Act*. This form is intended to facilitate requests for drugs under the ICR mechanism. 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	Section 2 – Patient Information
First name _____ Initial _____ Last name _____ <hr/> Mailing address Street no. _____ Street name _____ <hr/> City _____ Postal code _____ <hr/> Fax no. _____ Telephone no. _____ () ()	First name _____ Initial _____ Last name _____ <hr/> Health Number _____ <hr/> Date of birth (yyyy/mm/dd) _____
<input type="checkbox"/> New request <input type="checkbox"/> Renewal of existing ICR approval (specify ICR#) _____	

Section 3 – Drug Requested	
Requested drug product _____	DIN _____
Strength / Dosage form _____	Frequency of administration _____
Expected start date _____	Duration of therapy _____

Section 4 – Diagnosis and Reason for Use
Diagnosis for which the drug is requested: _____
Reason for use over formulary alternatives: _____
If the patient is currently taking the requested product, please provide start date & objective evidence of its efficacy: _____

Section 5 – Current and / or Previous Medications			
a) Please provide details of alternatives (listed drugs and/or non-drug therapy) tried for this condition:			
Name of drug <i>(indicate if current or previously taken)</i>	Dosage	Approximate timeframe of therapy	Reason(s) why formulary alternatives are not appropriate
<input type="checkbox"/> current <input type="checkbox"/> previous			
<input type="checkbox"/> current <input type="checkbox"/> previous			
<input type="checkbox"/> current <input type="checkbox"/> previous			
<input type="checkbox"/> current <input type="checkbox"/> previous			

b) Provide patient's concomitant drug therapies for other conditions: _____

Section 6 – Clinical Information
Please provide relevant medical data (e.g. culture and sensitivity reports, serum drug levels, laboratory results): _____ _____

The information on this form is collected under the authority of the *Personal Health Information Protection Act*, 2004, S.O. 2004, c.3, Sched. A (PHIPA) and Section 13 of the *Ontario Drug Benefit Act*, R.S.O. 1990 c.O.10 and will be used in accordance with PHIPA, as set out in the Ministry of Health and Long-Term Care "Statement of Information Practices", which may be accessed at www.health.gov.on.ca. If you have any questions about the collection or use of this information, call the Ontario Drug Programs Help Desk at 1 800 668-6641 or contact the Director, Individual Eligibility Review Branch (IERB), Ministry of Health and Long-Term Care, 3rd floor, 5700 Yonge St., Toronto ON M2M 4K5.

Prescriber signature (mandatory) _____	CPSO number _____	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 l'examen de l'admissibilité des cas individuels, 3^e étage, 5700, rue Yonge, Toronto ON M2M 4K5. Pour obtenir cette formule ou d'autres formules de la Revue individuelle des cas cliniques, visitez : http://www.health.gov.on.ca/english/public/forms/form_menus/odb_fm.html

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 du mécanisme de revue individuelle des cas cliniques de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*. La présente formule a pour but de faciliter les demandes de médicaments en vertu du mécanisme de revue individuelle des cas cliniques. 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 _____ Adresse postale Numéro _____ Rue _____ Ville _____ Code postal _____ N° de télécopieur _____ N° de téléphone _____ () () <input type="checkbox"/> Nouvelle demande <input type="checkbox"/> Renouvellement de l'approbation existante (ICR#) _____ - _____	Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____ N° de carte Santé _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) _____
---	---

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 le produit demandé présentement, 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 (*médicaments figurant dans la liste et/ou traitement autre que des médicaments*) qui ont été essayés pour cette condition

Médicament (Précisez s'il est pris maintenant ou antérieurement)	Dosage	Période approximative du traitement	Raison pour laquelle d'autres produits comparables existants dans le formulaire ne conviennent pas
<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> antérieurement			
<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> antérieurement			
<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> antérieurement			
<input type="checkbox"/> maintenant <input type="checkbox"/> antérieurement			

b) Veuillez indiquer l'emploi thérapeutique de médicaments concomitants pour d'autres conditions : _____

Partie 6 – Renseignements cliniques

Veillez fournir les données médicales pertinentes (*p. ex., rapports de culture et de sensibilité, concentration sérique des médicaments, résultats de laboratoire*)

Les renseignements demandés dans cette formule sont recueillis en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, S.O. 2004, c.3, annexe A, (LPRPS) et de l'article 13 de la *Loi sur le régime de médicaments de l'Ontario*, 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 se procurer à 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 l'examen de l'admissibilité des cas individuels, 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 _____
--	------------------------------	------------