

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	First name	Initial	Last name
Mailing address Street no. Street name			Health Number		
City		Postal code			
Fax no. ()	Telephone no. ()		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 (indicate if current or previously taken)	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	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 (ICR#) _____		

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 (<i>médicaments figurant dans la liste et/ou traitement autre que des médicaments</i>) 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 (<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 *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
--	------------------------	------