

DRUG NAME	BRANDS REIMBURSED	DOSAGE FORM/ STRENGTH	REIMBURSEMENT CRITERIA (Refer to pages 2 to 4 for general disclaimers regarding the EAP funding criteria.)	STANDARD APPROVAL DURATION
Repaglinide	GlucNorm	0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet	<p><b>For the treatment of type 2 diabetes</b> in patients with:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadequate glycemic control (HbA1c &gt;7%) using <u>maximal*</u> doses of a sulfonylurea AND metformin (2000mg/day) <b>OR</b></li> <li>• Inadequate glycemic control and demonstrated intolerance or contraindication to metformin and who are on <u>maximal*</u> doses of a sulfonylurea <b>OR</b></li> <li>• Inadequate glycemic control and demonstrated intolerance or contraindication to a sulfonylurea (glyburide, gliclazide or glimepiride) and are on <u>maximal**</u> doses of metformin <b>OR</b></li> <li>• Demonstrated intolerance or contraindication to both a sulfonylurea (glyburide, gliclazide or glimepiride) AND metformin <b>OR</b></li> <li>• Adequate glycemic control (HbA1c ≤ 7%) who develops intolerance or contraindication to sulfonylurea (glyburide, gliclazide or glimepiride) or metformin <b>OR</b></li> <li>• HbA1c ≤ 7% but with greater than 50% of fasting blood glucose (FBG &gt;7mmol/L) or post-prandial plasma glucose (PPG &gt;10mmol/L) levels not within target range and using maximally tolerated doses of a sulfonylurea and metformin.</li> </ul> <p>* <b>Note:</b> For the purpose of the EAP submission, maximal dose of sulfonylurea is considered to be glyburide 10mg/day, gliclazide 160 mg/day or Diamicon MR 60 mg/day, OR glimepiride (Amaryl ) 4 mg/day.</p> <p>**<b>Note:</b> For the purpose of the EAP submission, maximal dose of metformin is considered to be 2000 mg/day</p>	Initial: 5 Years



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/pro/programs/drugs/eap\_mn.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 Section 2 - Patient Information

Form fields for Section 1 (First name, Initial, Last name, Type of Prescriber, Mailing Address, City, Postal code, Fax no., Telephone no.) and Section 2 (First name, Initial, Last name, Health Number, Date of birth). Includes checkboxes for New request and Renewal of existing EAP approval.

Section 3 - Drug Requested

Form fields for Section 3 (Requested drug product, Strength / Dosage form, Expected start date, Frequency of administration, Duration of therapy, DIN).

Section 4 - Diagnosis and Reason for Use

Text fields for Section 4 (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

Table for Section 5 (a) with columns: Name of drug, Dosage, Approximate timeframe of therapy, Reason(s) why formulary alternatives are not appropriate. Includes checkboxes for current/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. 1990c.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 Benefit (ODB) Help Desk at 1 800 668-6641 or contact the Director, Drug Programs Delivery Branch (DPDB), Ministry of Health and Long-Term Care, 3rd floor, 5700 Yonge St., Toronto ON M2M 4K5.

Form fields for Section 6 (Authorized prescriber, Authorized prescriber signature, Registration 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 la mise en œuvre des programmes de médicaments, 3<sup>e</sup> étage, 5700, rue Yonge, Toronto ON M2M 4K5. Pour obtenir cette formule ou d'autres formules du Programme d'accès exceptionnel, rendez-vous sur [http://www.health.gov.on.ca/fr/public/forms/odb\\_fm.aspx](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
Type de prescripteur <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Personnel infirmier praticien <input type="checkbox"/> Autre ►			N° de carte Santé		
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 (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
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 consulter sur [www.health.gov.on.ca](http://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<sup>e</sup> étage, Toronto ON M2M 4K5.

Prescripteur autorisé ( <i>en caractères d'imprimerie</i> )	Signature du prescripteur autorisé ( <i>obligatoire</i> )	Numéro d'inscription	Date ( <i>aaaa/mm/jj</i> )
---	---	----------------------	----------------------------