

**Ontario Exceptional Access Program (EAP) - Request for Reimbursement****Vascepa (icosapent ethyl [IPE])**

Fax the completed form and/or any additional/relevant information to (416) 327-7526 or toll-free to 1-866-811-9908; or send your request to the Drug Eligibility Review Branch, 3<sup>rd</sup> Floor, 5700 Yonge Street, Toronto, ON, M2M 4K5.

SECTION 1 - Prescriber Information				SECTION 2- Patient Information					
First Name		Initial	Last name		First Name		Initial	Last name	
Street no.		Street Name			Healthcard Number				
City			Postal Code						
Fax Number			Telephone Number			Date of Birth (yyyy/mm/dd)			
SECTION 3 - Drug Requested									
Vascepa (icosapent ethyl [IPE]) 1 g capsules DIN 02495244 <input type="checkbox"/> 2 g twice a day									
<input type="checkbox"/> <b>Initial request</b> Is the patient currently taking Vascepa? <input type="checkbox"/> Yes - Start date (month/day/year): <input type="checkbox"/> No - Planned start date (month/day/year):						<input type="checkbox"/> <b>Renewal request</b> (i.e., Patient has an existing EAP approval) Provide the PRIOR EAP request Number if available:                      then go to Section 5.			
SECTION 4 – Clinical Information									
1. Is the patient 45 years of age or older? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No									
2. Does the patient have established cardiovascular disease for which Vascepa is requested for secondary prevention? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Patient's diagnosis (Check all that apply to this individual) <input type="checkbox"/> Coronary Heart disease (e.g. myocardial infarction, angina, angioplasty, cardiac bypass, abdominal aortic aneurysm) <input type="checkbox"/> Cerebrovascular disease ( e.g. stroke, transient ischemic attack, carotid obstruction) <input type="checkbox"/> Peripheral Artery Disease <input type="checkbox"/> Other cardiovascular diseases:									
3. Patient's baseline results within 3 months prior to starting Vascepa. (Note that results included in the table may be subject to verification by the Ministry. You may attach the bloodwork or fill in the results in columns 2 and 3)									
				Bloodwork results		Date (yyyy/mm/dd)			
Fasting Triglyceride (TG) level taken before starting treatment with Vascepa <small>(Eligible levels: <math>\geq 1.7</math> mmol/L and <math>&lt; 5.6</math> mmol/L)</small>				mmol/L					
Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) level while on maximally tolerated statin dose <small>(Eligible levels: <math>&gt; 1</math> mmol/L and <math>&lt; 2.6</math> mmol/L)</small>				mmol/L					
4. Provide the baseline information about the Statin therapy used by the patient prior to start of Vascepa.									
Name of Statin Drug(s) patient is using which has resulted in the above LDL-C			Start date of Statin (yyyy/mm/dd)		Dose		Details		
							<input type="checkbox"/> Currently using at maximally tolerated dose		
							<input type="checkbox"/> Currently using at maximally tolerated dose		
5. Additional information for patients who have contraindications or intolerance to statin therapy OR who have LDL-C greater than or equal to 2.6 mmol/L (100 mg/dL) may be provided below.									
SECTION 5 – Renewal information									
Does the patient continue to benefit from treatment with Vascepa? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No									
Has the patient experienced unacceptable toxicities to Vascepa treatment? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No									
Prescriber Signature (mandatory)			License/registration number:			Date (yyyy/mm/dd)			

# Programme d'accès exceptionnel (PAE) de l'Ontario – Demande de remboursement

## Vascepa (icosapent éthyl [IPE])

Télécopiez le formulaire dûment rempli ou tout autre renseignement pertinent/supplémentaire au 416-327-7526 ou sans frais au 1-866-811-9908; ou envoyez votre demande à la Direction de l'examen de l'admissibilité des médicaments, 3<sup>e</sup> étage, 5700, rue Yonge, Toronto (ONTARIO) M2M 4K5.

SECTION 1 – Renseignements sur le prescripteur				SECTION 2 – Renseignements sur le patient			
Prénom		Initiale	Nom	Prénom		Initiale	Nom
N°	Rue			Numéro de carte Santé			
Ville		Code postal					
N° de télécopieur		N° de téléphone		Date de naissance (aaaa/mm/jj)			
SECTION 3 – Médicament visé par la demande							
Vascepa (icosapent éthyl [IPE]) capsules de 1 g DIN 02495244 <input type="checkbox"/> 2 g deux fois par jour							
<input type="checkbox"/> <b>Demande initiale</b> Le patient prend-il actuellement Vascepa? <input type="checkbox"/> Oui – date de début (jour/mois/année) : <input type="checkbox"/> Non – date de début prévue (jour/mois/année) :				<input type="checkbox"/> <b>Demande de renouvellement</b> (c.-à-d., le patient a une autorisation PAE en vigueur) Indiquez le numéro de demande PAE antérieure, si disponible : et allez à la Section 5.			
SECTION 4 – Renseignements cliniques							
1. Le patient est-il âgé de 45 ans ou plus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
2. Le patient souffre-t-il d'une maladie cardiovasculaire établie pour laquelle Vascepa est demandé en prévention secondaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Diagnostic du patient (Cochez toutes les réponses applicables à cette personne)							
<input type="checkbox"/> Maladie coronarienne (p. ex., infarctus du myocarde, angine de poitrine, angioplastie, pontage cardiaque, anévrisme de l'aorte abdominale)							
<input type="checkbox"/> Maladie vasculaire cérébrale (p. ex., accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, obstruction de la carotide)							
<input type="checkbox"/> Maladie artérielle périphérique							
<input type="checkbox"/> Autres maladies cardiovasculaires :							
3. Résultats de base du patient dans les 3 mois précédant le début du traitement par Vascepa. (Remarque : Les résultats figurant dans le tableau peuvent faire l'objet d'une vérification par le ministère. Vous pouvez joindre les analyses sanguines ou inscrire les résultats dans les colonnes 2 et 3.)							
		Résultats des analyses sanguines		Date (aaaa/mm/jj)			
Taux de triglycérides (TG) à jeun mesuré avant le début du traitement par Vascepa (Niveaux éligibles : $\geq 1,7$ mmol/L et $< 5,6$ mmol/L)		mmol/L					
Taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL) à la dose maximale tolérée de statine (Niveaux éligibles : $> 1$ mmol/L et $< 2,6$ mmol/L)		mmol/L					
4. Fournir les données de base au sujet du traitement par statine que prend le patient avant de commencer le traitement par Vascepa.							
Nom de la statine ou des statines que prend le patient et qui a (ou ont) entraîné les résultats de C-LDL ci-haut		Date de début de la statine (aaaa/mm/jj)		Dose	Détails		
					<input type="checkbox"/> Utilisation actuelle à la dose maximale tolérée		
					<input type="checkbox"/> Utilisation actuelle à la dose maximale tolérée		
5. On peut fournir ci-dessous des renseignements supplémentaires sur les patients ayant des contre-indications ou des intolérances au traitement par statine OU ayant un taux de C-LDL supérieur ou égal à 2,6 mmol/L (100 mg/dL).							
SECTION 5 – Renseignements sur le renouvellement							
Le patient continue-t-il à bénéficier du traitement par Vascepa? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Le patient a-t-il présenté des effets toxiques inacceptables à la suite du traitement par Vascepa? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non							
Signature du prescripteur (obligatoire)		Numéro d'inscription/de permis :		Date (aaaa/mm/jj)			