

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, 3rd Floor, 5700 Yonge Street, Toronto, ON, M2M 4K5.

SECTION 1 - Prescriber Information			SECTION 2- Patient Information		
First Name		Initial	Last name		First Name
Street no.	Street Name			Initial	
City			Postal Code	Last name	
Fax Number		Telephone Number		Healthcard Number	
Date of Birth (yyyy/mm/dd)					

SECTION 3 - Drug Requested

Vascepa (icosapent ethyl [IPE]) 1 g capsules DIN 02495244 2 g twice a day

Initial request

Is the patient currently taking Vascepa?

- Yes - Start date (month/day/year):
 No - Planned start date (month/day/year):

Renewal request (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? Yes No
2. Does the patient have established cardiovascular disease for which Vascepa is requested for secondary prevention?
 Yes No
- Patient's diagnosis (Check all that apply to this individual)
 - Coronary Heart disease (e.g. myocardial infarction, angina, angioplasty, cardiac bypass, abdominal aortic aneurysm)
 - Cerebrovascular disease (e.g. stroke, transient ischemic attack, carotid obstruction)
 - Peripheral Artery Disease
 - 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: ≥ 1.7 mmol/L and < 5.6 mmol/L)</small>	mmol/L	
Low Density Lipoprotein Cholesterol (LDL-C) level while on maximally tolerated statin dose <small>(Eligible levels: > 1 mmol/L and < 2.6 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? Yes No

Has the patient experienced unacceptable toxicities to Vascepa treatment? Yes 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^e 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 2 g deux fois par jour

<input type="checkbox"/> Demande initiale 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"/> Demande de renouvellement (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? Oui Non
2. Le patient souffre-t-il d'une maladie cardiovasculaire établie pour laquelle Vascepa est demandé en prévention secondaire?
 Oui Non

 Diagnostic du patient (Cochez toutes les réponses applicables à cette personne)
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 : ≥ 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? Oui Non

Le patient a-t-il présenté des effets toxiques inacceptables à la suite du traitement par Vascepa? Oui Non

Signature du prescripteur (obligatoire) Numéro d'inscription/de permis : _____ Date (aaaa/mm/jj) _____