

(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)

肝炎インターフェロン治療受給者証 (シメプレビルを含む3剤併用療法) 有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

大阪府知事 殿

私は、シメプレビルを含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎インターフェロン治療受給者証 (シメプレビルを含む3剤併用療法) の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日                      年    月    日  
 申請者氏名 (フリガナ) \_\_\_\_\_ (                      ) 印  
 性 別              男 ・ 女  
 生年月日                      年    月    日生 (満      歳)  
 現 住 所              〒                      -                      (                      )  
 電話番号                      (                      )

※ お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証 (シメプレビルを含む3剤併用療法) を確認の上、記入してください。

受給者番号 (□□□□□□□□)  
 現行有効期間 (開始                      年    月    日～終了                      年    月    日)

注1) 本申請書は、大阪府内の保健所 (保健センター、保健福祉センター) に申請してください。

2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。

3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

備  考		保 健 所 受 付 印		大 阪 府 受 付 印	
------------	--	----------------------------	--	----------------------------	--

(担当医記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

医療機関名 ( )

その所在地 ( (〒 - ) )

担当医師名 ( ) 印

確認事項

※担当医師は、該当する項目の□にチェックを入れてください。

有効期間延長の認定には、1. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断にチェックが入っていることが必要です。

申請者 ( 、フリガナ： ) について、C型慢性肝炎セログループ1 (ジェノタイプ1) 症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施に当たり、

1. 治療歴について

これまでのインターフェロン治療 [(ペグ) インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法] の無効例と認められ、

- 申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。
- 申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNAが前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。

2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について

3剤併用期間に続く12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週(総治療期間48週)延長することが適切であると判断する。

[ 変更後の予定期間：(開始： 年 月～終了： 年 月予定) ]

(注) シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。