

(シメプレビルを含む 3 剤併用療法延長用)

肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む 3 剤併用療法) 有効期間延長申請書

(申請者記入欄)

高知県知事 様

私は、プロテアーゼ阻害剤 (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、肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む 3 剤併用療法) の有効期間の延長を申請します。

※以下の項目に全て記入の上、記載してください。

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ
申請者氏名 _____ 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 (プロテアーゼ阻害剤を含む 3 剤併用療法) を確認の上、ご記入ください。

受給者番号 _____

現行有効期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

- (注) 1 この申請書は、住所地を管轄する福祉保健所 (高知市においては、高知市保健所) 又は高知県健康政策部健康対策課に提出してください。
2 延長は、現行有効期間に引き続く 6 月を限度とします。
3 記入漏れがある場合等は、認定されないことがありますので、ご注意ください。

(担当医記入欄)

※ 以下の事項を全て確認の上、記載してください。

記入年月日 年 月 日

医療機関名 ()

その所在地 ((〒 -))

担当医師名 ()

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。