

(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)

(様式第1-5)

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(B)

令和 年 月 日

岩手県知事 様

申請者氏名

印 (記名・押印又は署名)

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)の有効期間延長を申請します。

申請者	ふりがな 氏名		性別	男女
	生年月日	明 昭 大 平	年 月 日 (満 歳)	
	住所	〒	(電話)	

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)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			

- 備考1 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
- 2 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。

保健所等 記入欄	特記事項					受付印
	申請書	受給者証	押印確認 (申請者・担当)			

(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 令和 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及び(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：令和 年 月 ～ 終了：令和 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。