

(表面)

(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有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

大分県知事 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 平成 年 月 日
申請者氏名（フリガナ） _____（ ） 印
性別 男・女
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生（満 歳）
現住所 〒 _____
電話番号 _____（ ）

※お手持ちの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 _____（ ）
有効期間（開始平成 年 月 日～終了平成 年 月 日）

注1)本申請書は、県内の保健所又は県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。

（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。

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：平成 _____ 年 _____ 月～終了：平成 _____ 年 _____ 月予定）]

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名

その所在地（〒 _____ - _____ ）

担当医師名

印

（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。