

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

沖縄県知事 殿

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。

(申請者記載欄)	申請日	平成 年 月 日					
	フリガナ 申請者名	印					
	生年月日	明 昭 大 平	年	月	日 (満 歳)	性別	男 女
	住所	〒 (電話)					
	受給者番号						
	受給者証有効期間 (現行)	(開始)平成 年 月 日 ~ (終了)平成 年 月 日					

- 注 1 本申請書(B)は、住所を管轄する保健所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。
- 4 受給者番号、有効期間はお手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入してください。
- 5 申請に係る書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている場合は受付できません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。

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

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、これまでのインターフェロン治療において、24週目までにHCV-RNAが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)]

(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。