

**FIȘĂ DE INITIERE A TRATAMENTULUI ANTIVIRAL FĂRĂ INTERFERON AL
HEPATITEI CRONICE C ȘI CIROZEI HEPATICE C**

PACIENT

Nume:.....Prenume:.....

CNP:

Domiciliat în str., nr., bl., sc., et., ap....., sector.....,
localitatea....., județul....., telefon.....

DIAGNOSTIC (COMPLET , INCLUSIV COMORBIDITĂȚI):

.....
.....

Greutatea: kg

Înălțimea:

Indicele de masă corporală:

Tratamente antivirale VHC anterioare efectuate (se vor preciza medicamentele, dozele și perioada de tratament efectuată) și tipul de răspuns (în cazul tratamentelor multiple se va menționa tipul de răspuns pentru fiecare tratament în parte):

medicamentele :

răspuns nul

răspuns parțial

recădere

SE SOLICITĂ TRATAMENT CU (se vor bifa căsuțele):

VIEKIRAX (OMBITASVIR 12,5 mg/per comprimat + PARITAPREVIR 75 mg/per comprimat + RITONAVIR 50 mg/per comprimat) 2 cp/zi, dimineața

EXVIERA (DASABUVIR - 250mg) 1cp x 2/zi

RIBAVIRINUM*

* Pentru RIBAVIRINUM se va completa doza în funcție de greutatea pacientului.

PENTRU O PERIOADĂ DE (se va scrie perioada de tratament recomandată în săptămâni):

.....

Anexăm, în original, următoarele buletine de analiză (se va bifa căsuța corespunzătoare):

hemograma

INR

- ALT
- AST
- GGT
- bilirubina totală
- albumina serică
- ARN-VHC
- genotipare-VHC
- AgHBs
- Ac anti-HIV
- AFP
- fibromax/fibroscan/puncție biopsie hepatică
- ecografie abdominală
- SCOR CHILD PUGH
- Test de sarcină negativ pentru femeile de vârstă fertilă**
- Aviz/avize medic specialist pentru comorbidități***

** Se poate anexa fișei fie un aviz de la medicul ginecolog prin care acesta confirmă absența sarcinii, fie medicul curant (prescriptor) confirmă prin semnătură și parafă faptul că pacienta i-a prezentat un test de sarcină negativ.

***Pentru pacienții cu comorbidități se vor anexa avizele medicului specialist (pentru afecțiunea respectivă), în vederea inițierii terapiei antivirale.

Subsemnatul dr., în calitate de medic curant (prescriptor), îmi asum răspunderea pentru tratamentul recomandat (cunoscând RCP-ul produselor, protocoalele terapeutice în vigoare, riscurile și beneficiile tratamentului), pentru veridicitatea informațiilor despre pacient și declar că acesta îndeplinește criteriile de eligibilitate (pentru acest tratament) prevăzute în protocolul terapeutic aprobat în legislația în vigoare și nu prezintă contraindicații pentru terapia antivirală.

Anexez prezentei Consimțământul scris al pacientului.

Unitatea sanitară:

Data

Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)