

**FIȘA DE EVALUARE A REZULTATULUI MEDICAL PENTRU TRATAMENTUL PACIENȚILOR
ADOLESCENȚI CU HEPATITĂ CRONICĂ ȘI CIROZĂ HEPATICĂ COMPENSATĂ CU VHC CU
MEDICAMENTE CU ACȚIUNE ANTIVIRALĂ DIRECTĂ (INTERFERON - FREE)**

□ COD FORMULAR J05AP-C

PACIENT

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

CNP:.....

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

DIAGNOSTIC (COMPLET, INCLUSIV COMORBIDITĂȚI):

.....
.....

Data începerii tratamentului (se notează ziua 1 a primei administrări a medicamentelor):

Schemă terapeutică și durata tratamentului:

- HARVONI 2 luni (8 săptămâni) 3 luni (12 săptămâni)
 MAVIRET 2 luni (8 săptămâni) 3 luni (12 săptămâni) 4 luni (16 săptămâni)

Anexez prezentei, în copie:

- confirmarea înregistrării formularul în PIAS
 determinare cantitativă ARN VHC la inițierea tratamentului
 determinare cantitativă ARN VHC la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului¹

Având în vedere documentele, anterior menționate, medicul curant (prescriptor) confirmă că s-a obținut:

- răspuns viral eșec terapeutic

Unitatea sanitară:.....

Data:

Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)

¹viremia de la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului se va efectua **obligatoriu** în intervalul:

ziua **141** - ziua **171** calculată de la ziua 1 a administrării medicamentului, în cazul tratamentului cu o durată de **8 săptămâni**

ziua **169** - ziua **199** calculată de la ziua 1 a administrării medicamentului, în cazul tratamentului cu o durată de **12 săptămâni**

ziua **196** - ziua **226** calculată de la ziua 1 a administrării medicamentului, în cazul tratamentului cu o durată de **16 săptămâni**