

**TRATAMENTUL PACIENȚILOR ADOLESCENȚI CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 12 ȘI < 18 ANI CU HEPATITĂ CRONICĂ ȘI CIROZĂ HEPATICĂ CU VHC, CU HARVONI (SOFOSBUVIR+LEDIPASVIR)**

**COD FORMULAR J05AP-C**

schema terapeutică:     HARVONI     MAVIRET

**ÎNȘTIINȚARE PRIVIND**

**a. ÎNTRERUPEREA TRATAMENTULUI ANTIVIRAL**

**b. IMPOSIBILITATEA REALIZĂRII EVALUĂRII REZULTATULUI MEDICAL**

Subsemnatul dr. ...., în calitate de medic curant (prescriptor), al pacientului

nume:.....prenume:.....

CNP: .....

domiciliat în str. ...., nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap....., sector....., localitatea....., județul....., telefon....., care a început tratamentul în data de.....(se notează ziua 1 a primei administrări a medicamentelor),

**am constatat următoarele:**

**a) Pacientul a întrerupt, în săptămâna .....de terapie, tratamentul antiviral**

deoarece:

- a prezentat reacții adverse/a decedat ca urmare a reacțiilor adverse generate de tratament conform documentelor din dosarul pacientului, care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigilență, precum și alte documente medicale (bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului, după caz)
- nu s-a prezentat la monitorizare, conform programării
- alte motive inclusiv deces din alte cauze decât decesul generat de tratamentul antiviral

Până la data întreruperii au fost prescrise un nr. de.....prescripții medicale cu tratament antiviral, respectiv în data de .....

**b) Pacientul nu a efectuat determinarea cantitativă a ARN VHC la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului deoarece :**

- nu s-a prezentat la evaluarea rezultatului conform programării
- a decedat
- a fost eliberată prescripție medicală, dar pacientul nu a inițiat tratamentul

**Următoarele documente fac parte din dosarul pacientului:**

- confirmarea înregistrării formularului în PIAS
- documente medicale care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigilență, bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului, după caz

**Unitatea sanitară:**.....

**Data**.....

**Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)**