

## ÎNȘTIINȚARE PRIVIND

### a. ÎNTRERUPEREA TRATAMENTULUI ANTIVIRAL

### b. IMPOSIBILITATEA REALIZĂRII EVALUĂRII REZULTATULUI MEDICAL

Subsemnatul dr. ...., în calitate de medic curant (prescriptor), aduc la cunoștința Comisiei de experți pentru afecțiuni hepatice faptul că pacientul

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),

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

a prezentat reacții adverse. Anexez prezentei documentele care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigilență.

nu s-a prezentat la monitorizare, conform programării.

a decedat din alte cauze decât decesul generat de tratamentul antiviral (se menționează cauza).....

a decedat ca urmare a reacțiilor adverse generate de tratament.

altele .....

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

**b) nu a efectuat determinarea cantitativă a ARN VHC:**

în săptămâna 12 de tratament

în săptămâna 24 de tratament

la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului

deoarece :

nu s-a prezentat la evaluarea rezultatului din săptămâna ....., conform programării.

a decedat.

altele .....

**Unitatea sanitară:**.....

**Data**.....

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