

**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**

I. PACIENT

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

CNP:.....

Domiciliat în str.,nr.,bl.,sc.,et.,ap.....,sector.....,

localitatea.....,județul.....,telefon.....

II. DIAGNOSTIC (COMPLET, INCLUSIV COMORBIDITĂȚI):

.....
.....

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

III. SCHEMĂ TERAPEUTICĂ ȘI DURATA TRATAMENTULUI:

□ **HARVONI** □ **2 luni (8 săptămâni)** □ **3 luni (12 săptămâni)**

Anexez prezentei, în copie:

□ confirmarea înregistrării formularului în PIAS

□ determinare cantitativă ARN VHC la inițierea tratamentului

□ determinare cantitativă ARN VHC la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului¹

IV. EVALUARE REZULTAT MEDICAL

Având în vedere documentele, anterior menționate, în calitate de medic curant (prescriptor) al pacientului menționat în secțiunea I confirm că s-a obținut:

□ răspuns viral RVS12 □ eșec terapeutic

Unitatea sanitară:.....

Data:

Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)

¹ viremia 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**