

**TRATAMENTUL CIROZEI HEPATICE VHC, FORMA DECOMPENSATĂ, CU HARVONI
(SOFOSBUVIR+LEDIPASVIR)**

COD FORMULAR J05AX65-G7

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 săptămânade terapie, tratamentul antiviral deoarece:

a prezentat reacții adverse. Anexez prezentei documentele care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigilență, precum și alte documente medicale (bilet de externare, rapoarte medicale etc)

nu s-a prezentat la monitorizare, conform programării

a decedat din alte cauze decât decesul generat de tratamentul antiviral (se menționează cauza și se atașează documente medicale doveditoare - bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului, după caz).....

a decedat ca urmare a reacțiilor adverse generate de tratament. Anexez prezentei documentele 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)

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

c) nu a inițiat tratamentul antiviral

a fost eliberată prescripție medicală, dar pacientul nu a inițiat tratamentul

pacientul refuză tratamentul

Anexez prezentei, în copie:

formularul specific pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente protocolului terapeutic DCI COMBINATII (SOFOSBUVIR+LEDIPASVIR)

confirmarea înregistrării formularului în PIAS

declarația de consimțământ pentru tratament

Unitatea sanitară:.....

Data.....

Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)