

**FIȘĂ DE ÎNȚIERE A TRATAMENTULUI ANTIVIRAL FĂRĂ INTERFERON AL
HEPATITEI CRONICE C ȘI CIROZEI HEPATICE C**

PACIENT

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

CNP:

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

DIAGNOSTIC (COMPLET* , INCLUSIV COMORBIDITĂȚI):

.....

.....

*Se va nota și genotipul (1a, 1b, 4) și gradul de fibroză

Greutatea: kg

Înălțimea:

Indicele de masă corporală:

Tratamente antivirale VHC anterioare efectuate (se vor preciza medicamentele, dozele și perioada de tratament efectuată) și tipul de răspuns (în cazul tratamentelor multiple se va menționa tipul de răspuns pentru fiecare tratament în parte):

☐ medicamentele :

.....

☐ răspuns nul

☐ răspuns parțial

☐ recădere

SE SOLICITĂ TRATAMENT CU (se vor bifa căsuțele):

☐ VIEKIRAX (OMBITASVIR 12,5 mg/per comprimat + PARITAPREVIR 75 mg/per comprimat + RITONAVIR 50 mg/per comprimat) 2 cp/zi, dimineața

☐ EXVIERA (DASABUVIR - 250mg) 1cp x 2/zi

☐ RIBAVIRINUM**

** Pentru RIBAVIRINUM se va completa doza în funcție de greutatea pacientului.

PENTRU O PERIOADĂ DE (se va scrie perioada de tratament recomandată în săptămâni):

.....

Anexăm, în original, următoarele buletine de analiză (se va bifa căsuța corespunzătoare):

☐ hemograma

☐ INR

- ☐ ALT
- ☐ AST
- ☐ GGT
- ☐ bilirubina totală
- ☐ albumina serică
- ☐ creatinina serică
- ☐ ARN-VHC
- ☐ ADN-VHB (numai în cazul coinfecției VHC+VHB)
- ☐ ARN-HIV sub terapie ARV de minim 3 luni și compatibilă ca interacțiuni medicamentoase (numai în cazul coinfecției VHC+HIV)
- ☐ genotipare-VHC
- ☐ AgHBs
- ☐ Ac anti-HIV
- ☐ AFP (pentru valori în afara limitelor normale, de infirmat imagistic diagnosticul de hepatocarcinom)
- ☐ fibromax/ puncție biopsie hepatică
- ☐ ecografie abdominală (diagnosticul diferențial al nodulilor hepatici va impune și ecografia cu contrast, CT și/sau IRM)
- ☐ SCOR CHILD PUGH(se vor anexa prezentei documente care confirmă scorul calculat)
- ☐ Test de sarcină negativ pentru femeile de vârstă fertilă***
- ☐ Test de droguri negativ – urină sau ser (numai în cazul coinfecției VHC+HIV)
- ☐ Aviz/avize medic specialist pentru comorbidități****

*** Se poate anexa fișei fie un aviz de la medicul ginecolog prin care acesta confirmă absența sarcinii, fie medicul curant (prescriptor) confirmă prin semnătură și parafă faptul că pacienta i-a prezentat un test de sarcină negativ.

****Pentru pacienții cu comorbidități se vor anexa avizele medicului specialist (pentru afecțiunea respectivă), în vederea inițierii terapiei antivirale.

*****Pentru **pacienții cu fibroză avansată (F3) și contraindicații la interferon** se va anexa prezentei un raport medical întocmit de medicul specialist în care acesta precizează diagnosticul, un scurt istoric al bolii, tratamentul urmat de pacient, anexând și buletine de analiză (**în original**), după caz.

Subsemnatul dr., în calitate de medic curant (prescriptor), îmi asum răspunderea pentru tratamentul recomandat (cunoscând RCP-ul produselor, protocolul terapeutic în vigoare, riscurile și beneficiile tratamentului), pentru veridicitatea informațiilor despre pacient și declar că acesta îndeplinește criteriile de eligibilitate (pentru acest tratament) prevăzute în protocolul terapeutic aprobat în legislația în vigoare și nu prezintă contraindicații pentru terapia antivirală.

Anexez prezentei Consimțământul scris al pacientului.

Unitatea sanitară:

Data

Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)