

## 肝炎治療受給者証有効期間延長申請書 (シメプレビルを含む3剤併用療法)

申請者	ふりがな 氏名		(印)	性別	男	女		
	生年月日	明昭 大平	年	月	日			
	住所	〒 - (電話 - - )						
	現行有効期間 (開始) : 平成	年	月	日	(終了) : 平成	年	月	日

プロテアーゼ阻害剤(シメプレビル)を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大48週まで延長することについて、治療の効果・副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎治療受給者証の有効期間延長を申請します。

平成 年 月 日

石川県知事 谷本正憲 殿

## (担当医記載欄)

※担当医師は、下記の確認事項をすべて確認の上、署名又は押印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名及び所在地

医師氏名

(署名又は押印)

## 確認事項

※該当する項目の□にチェック (☑) を入れてください(有効期間延長の認定には、1. の治療歴のいずれかの項目、および2. の判断にチェックが入っている必要があります。)

申請者について、C型慢性肝炎セログループ1 (ジェノタイプ1) 症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法の実施にあたり、

## 1. 治療歴について

これまでのインターフェロン治療[ (ペグ) インターフェロン製剤単独、リバビリン併用療法及び他のプロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法]の無効例と認められ、

- 申請者は、これまでの24週以上のインターフェロン治療でHCV-RNAが一度も陰性化しなかった者である。
- 申請者は、これまでのインターフェロン治療において、開始12週後にHCV-RNAが前値の1/100以下に低下せず、治療が24週未満で中止となった者である。

## 2. 3剤併用療法の治療期間延長の判断について

- 3剤併用期間に続く12週のペグインターフェロン及びリバビリンの2剤投与期間を更に24週 (総治療期間48週) 延長することが適切であると判断する。

[ 変更後の予定期間 : (開始 : 平成 年 月 ~ 終了 : 平成 年 月予定) ]

(注) シメプレビルを含む3剤併用療法の実施において、ペグインターフェロン及びリバビリンの総投与期間は48週を超えないこと。

## 【申請にあたっての注意事項】

- 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
- 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。