

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剤併用療法用)			
公費負担者番号		受給者番号	
受給者	住所	〒 — 電話番号 () —	
	氏名 (自署または記名押印)	(フリガナ) 印 生年月日	年 月 日生 (満 歳)
現行受給者証有効期間		年 月 日 から 年 月 日まで	
指定医療機関名 (診断書作成医療機関名)			
指定医療機関以外で、 インターフェロン治療を受けている医療機関名			
<p>私は、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 週を越えて最大 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 (プロテアーゼを含む 3 剤併用療法) の有効期間延長を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>熊本県知事 様</p>			

- 本申請書は、最寄の保健所に提出してください。
- 延長は、現行有効期間に引き続く 6 ヶ月を限度とします。
- 裏面の「担当医記載欄」は指定医療機関 (診断書作成医療機関) の医師に記載していただく必要があります。
- 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。

(指定医療機関の担当医記載欄)

※以下の確認事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 年 月 日

医療機関名

その所在地 (〒 - :)

担当医師名 (印)

確認事項

※ 担当医師は、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ことが必要です。

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

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： 年 月～終了： 年 月予定) 】

(注意事項)

(1) 延長可能なのは、ペグインターフェロン及びリバビリンのみです。シメプレビルを12週を超えて投与することはできません。

(2) 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。

※ ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な基本的注意において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。