

青森県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

受給者との続柄

電 話

受給者氏名

受給者番号

現在の有効期間 (年 月 日～ 年 月 日)

肝炎インターフェロン治療受給者証期間延長申請書 (72週投与用)

インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

(医師記載欄)

次の患者は、「C型慢性肝炎セログループ1(ジェノタイプ1)かつ高ウイルス量症例」へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法における投与期間延長(72週投与)の基準を満たすと認められるので、48週プラス24週(トータル72週)の投与期間延長が必要であると判断する。

患者氏名 _____

確認事項(該当する項目の□にチェックを入れてください。延長認定には、4、5についてはいずれか、それ以外についてはすべての□にチェックが入ることを要します。)

- 1 診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- 2 治療前ウイルス型とウイルス量は、「セログループ1(ジェノタイプ1)、高ウイルス量症例」である。
- 3 ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、当該治療を継続または終了している。
投与開始後、継続的に治療を続け、治療経過について、以下の項目を満たす症例と判断されること。
- 4 これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を48週行い、36週までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者である。(本事項に該当する場合、5のチェックは不要)
- 5 今回の治療で、投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ前値(治療前)の1/100以下に低下
HCV-RNA 定量(前値) : _____ (単位 _____)、検査日 : _____
HCV-RNA 定量(12週後) : _____ (単位 _____)、検査日 : _____
- 6 今回の治療で投与36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間は除く。)
- 7 変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
- 8 変更後の予定期間(開始 : 年 月～終了 : 年 月)

年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師名

(記名・押印または署名)

(注) 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・有効性は確率していない。」とする記載がある旨に十分留意してください。

注 延長は、現在の有効期間に引き続く6ヶ月を限度とします。