

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

印 (記名・押印または署名)

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)

### 肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) 有効期間延長申請書

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 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法) の有効期間延長を申請します。

#### (医師記載欄)

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ことが必要です。)

患者氏名 \_\_\_\_\_ 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 : 平成 年 月 ~ 終了 : 平成 年 月) ]

年 月 日

医療機関名

所在地

担当医師名

印

(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。

注 延長は、現行有効期間に引き続く6ヶ月を限度とします。