

肝炎治療受給者証(インターフェロン治療) 有効期間延長申請書 (A)

岐阜県知事 様

私は、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、肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)の有効期間延長を申請します。

記載年月日 年 月 日

(ふりがな)
申請者氏名 _____ (代理申請の場合は受給者との続柄 _____)

(申請者記載欄)

受給者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	生	
現住所	(〒 -)		
電話番号	-	-	

※ お手持ちの肝炎治療受給者証(インターフェロン治療)を確認の上、記入してください。

受給者番号	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>														
現行有効期間	開始	年 月 日	終了	年 月 日											

- 注 1) 本申請書 (A)は、現行有効期間が満了する前に、住所地を管轄する保健所・センターに申請してください。
 2) 延長は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。
 3) 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。
 4) お手持ちの受給者証の写しを添付してください。

※ 保健所使用欄 (申請者は記入しないでください)
特記事項等

※ 審査欄 (申請者は記入しないでください)
階層区分 甲 ・ 乙

(裏)

(担当医師記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認のうえ、署名してください。

記載年月日 年 月 日

医療機関名 ()

所在地 (〒)

担当医師名 ()

【確認事項】

※ 担当医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、(1)若しくは(2)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、原則として、共通項目のすべての□、かつ、(1)若しくは(2)のすべての□にチェックが入っていることが必要です。

(1)は、2回目の制度利用若しくは過去に治療歴がある場合のチェック項目です。

初回治療の延長の場合は、(3)のチェック項目をご記入ください。

対象患者 () について、C型慢性肝炎セログループ1かつ高ウイルス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の実施に当たり、

● 共通項目

対象患者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。

対象患者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量である

対象患者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週に連続して24週を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。

[変更後の治療予定期間：治療開始： 年 月 ~ 終了： 年 月 予定]

● 次の(1)若しくは(2)の該当する□にチェックを入れてください。

(1) 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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が、再燃した者で、『今回の治療において、HCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

対象患者は、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48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者である。

対象患者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休薬期間は除く。)

対象患者の治療経過について、下記項目を満たす症例であると判断されること。

投与開始後、継続的に治療を続け、

- ・ 投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間は除く。)

(2) (1)に該当しない者で、『今回の治療で、投与開始12週後にHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性(Real time PCR)で、36週までに陰性化した症例に該当する』と認められるので、48週プラス 24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

対象患者は、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、本申請時、当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後()週目で継続中である(一時休薬期間は除く。)

対象患者の治療経過について、下記項目を満たす症例であると判断されること。

投与開始後、継続的に治療を続け、

- ・ 投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下

- ・ 投与36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間は除く。)

※ 上記基準の一部を満たさないが、72週治療を必要と判断する場合は、その理由等を記入願います。

(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。