

(様式第1-4号)

(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)

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

(申請者記載欄)

山形県知事 殿

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。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

フリガナ

申請者氏名 ( \_\_\_\_\_ ) ㊞

性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)

現住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

※ お手持ちの肝炎治療受給者証（プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法）を確認の上、記入してください。

受給番号

--	--	--	--	--	--	--

現行有効期間 (開始平成 年 月 日 ~ 終了平成 年 月 日)

注1) 本申請書は、原則として現行有効期間が満了する前に、各保健所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。

※ 肝炎（インターフェロン）治療受給者証を添付してください。

(裏面)

(担当医記載欄)

※ 以下の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 平成 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、該当する項目の口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。

フリガナ

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 日 ~ 終了平成 年 月 日予定)

(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。