

肝炎インターフェロン治療受給者証有効期間延長申請書

(申請者記載欄)

大分県知事 殿

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、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間の延長を申請します。

※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

申請者氏名(フリガナ) _____ () 印

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 () -

※お手持ちの肝炎インターフェロン治療受給者証を確認の上、記入してください。

受給者番号 ()

有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

注1) 本申請書は、県内の保健所又は県健康対策課に提出してください。

2) 延長は、現行の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。

(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。

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、共通項目の□、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。)

申請者(_____)、フリガナ: _____)について、C型慢性肝炎セログループ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の実施に当たり、

(共通項目)

- 申請者の診断名は、「C型慢性肝炎」である。
- 申請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。
- 申請者の変更後の治療は、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72週間である。

[変更後の予定期間:(開始:平成 年 月 日~終了:平成 年 月 日)]

- (1) 前回の治療において、ペグインターフェロンおよ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。
 - 申請者は、前回の治療において、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。
 - 申請者は、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。)
 - 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断される。
 - 投与開始後、継続的に治療を続け、
 - ・投与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。
 - 申請者は、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。)
 - 申請者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断される。
 - 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。)

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名
所在地(〒 -)
担当医師名

印

(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。