

| 肝炎治療受給者証延長申請書 | | | |
|--|------------------|-----------------|-----------|
| (シメプレビルを含む3剤併用療法48週延長投与用) | | | |
| 受給者 | ふりがな 氏名 | | 性別 男 女 |
| | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳) | |
| | 住所 | (〒 -) (電話) | |
| | 受給者 番号 | | |
| 受給者証に記載 された有効期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで | | |
| シメプレビルを含む3剤併用療法を、24週を越えて最大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（シメプレビルを含む3剤併用療法）の有効期間延長を申請します。 | | | |
| 申請者氏名 | | | 印 |
| 年 月 日 | | | |
| 長崎県知事 | | | 様 |

- 注1) 助成期間の延長に係る申請は、助成期間が満了する概ね2か月前までに現在お持ちの受給者証の写しを添付して県へ申請してください。
- 注2) 延長は、現行有効期間に引き続く5か月を限度とします。
- 注3) 担当医師に裏面の確認事項を記載していただいでください。
- 注4) 記入漏れがある場合などは、有効期間の延長が認定されないことがあります。

(担当医師記載欄)

【確認事項】

※担当医師は、投与期間延長が必要であると判断する場合、下記項目の該当する□にチェック(✓)を入れてください。なお、認定には(1)のいずれか、かつ(2)の□にチェックが入っていることが必要です。

申請者()について、C型慢性肝炎セログループ1症例へのシメプレビルを含む3剤併用療法を実施するにあたり、

(1) 治療歴について

申請者は、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テラプレビルを含む3剤併用療法〕無効例と認められ、

- 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。
- 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ものである。

(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と判断する。

[変更後の予定期間：(開始： 年 月～終了： 年 月予定)]

記載年月日： 年 月 日

医療機関名及び所在地

医師氏名 _____ 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。