FIȘA DE EVALUARE A REZULTATULUI MEDICAL PENTRU TRATAMENTUL PACIENȚILOR ADULȚI FĂRĂ CIROZĂ HEPATICĂ SAU CU CIROZĂ HEPATICĂ COMPENSATĂ, FĂRĂ RĂSPUNS LA TRATAMENTUL ANTERIOR CU MEDICAMENTE CU ACȚIUNE ANTIVIRALĂ DIRECTĂ (SOFOSBUVIR+VELPATASVIR+VOXILAPREVIR) VOSEVI

□ COD FORMULAR J05AP56

I. PACIENT

Nume:.....Prenume:.....

CNP:.....

Domiciliat în str. .....,nr. ...,bl. ....,sc. ....,et. .....,ap.....,sector.....,

localitatea.....,județul.....,telefon.....

II. DIAGNOSTIC (COMPLET, INCLUSIV COMORBIDITĂȚI):

.....

.....

Data începerii tratamentului (se notează ziua 1 a primei administrări a medicamentelor): .....

III. Schemă terapeutică și durata tratamentului:

□ **VOSEVI** □ **3 luni (12 săptămâni)**

Anexez prezentei, în copie:

□ confirmarea înregistrării formularului în PIAS

□ determinare cantitativă ARN VHC la inițierea tratamentului[1]

□ determinare cantitativă ARN VHC la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului[2]

IV. EVALUARE REZULTAT MEDICAL

Având în vedere documentele, anterior menționate, în calitate de medic curant (prescriptor) al pacientului menționat în secțiunea I confirm că s-a obținut:

□ răspuns viral RVS12 □ eșec terapeutic

Unitatea sanitară:.....

Data: ..... **Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)**

---

[1] conform protocolului terapeutic și Formularului Specific

[2] **viremia** de la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului **se va efectua obligatoriu** în intervalul: ziua **169** - ziua **199** calculată de la ziua 1 a administrării medicamentului