FIŞA DE EVALUARE A REZULTATULUI MEDICAL PENTRU TRATAMENTUL PACIENŢILOR ADULŢI FĂRĂ CIROZĂ HEPATICĂ SAU CU CIROZĂ HEPATICĂ COMPENSATĂ, FĂRĂ RĂSPUNS LA TRATAMENTUL ANTERIOR CU MEDICAMENTE CU ACŢIUNE ANTIVIRALĂ DIRECTĂ (SOFOSBUVIR+VELPATASVIR+VOXILAPREVIR) VOSEVI

□ COD FORMULAR J05AP56

I. PACIENT

Nume:……..Prenume:……

CNP:……...

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

localitatea.……..……..,judeţul.……..……,telefon…..……..…….....

II. DIAGNOSTIC (COMPLET, INCLUSIV COMORBIDITĂŢI):

……

……

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

III. Schemă terapeutică şi durata tratamentului:

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

Anexez prezentei, în copie:

□ confirmarea înregistrării formularului în PIAS

□ determinare cantitativă ARN VHC la iniţierea tratamentului[1]

□ determinare cantitativă ARN VHC la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului şi buletinele de testare (**în original**) în baza cărora s-au efectuat viremiile[2]

□ declaraţia medicului privind efectuarea completă şi corectă a tratamentului cu AAD efectuat anterior

IV. EVALUARE REZULTAT MEDICAL

Având în vedere documentele, anterior menţionate, în calitate de medic curant (prescriptor) al pacientului menţionat în secţiunea I confirm că s-a obţinut:

□ răspuns viral RVS12 □ eşec terapeutic

Unitatea sanitară:……

Data: …… **Semnătura şi parafa medicului curant (prescriptor)**

[1] conform protocolului terapeutic şi 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