

TRATAMENTUL PACIENȚILOR ADOLESCENȚI CU VÂRSTA CUPRINSĂ ÎNTRE 12 ȘI < 18 ANI CU HEPATITĂ CRONICĂ ȘI CIROZĂ HEPATICĂ COMPENSATĂ CU VHC, CU HARVONI (SOFOSBUVIR+LEDIPASVIR)

COD FORMULAR J05AP-C

ÎNȘTIINȚARE PRIVIND

a. ÎNTRERUPEREA TRATAMENTULUI ANTIVIRAL

b. IMPOSIBILITATEA REALIZĂRII EVALUĂRII REZULTATULUI MEDICAL

Subsemnatul dr., în calitate de medic curant (prescriptor), aduc la cunoștința Comisiei de experți pentru afecțiuni hepatice faptul că pacientul

nume:.....prenume:.....

CNP:

domiciliat în str., nr., bl., sc., et., ap....., sector....., localitatea....., județul....., telefon....., care a început tratamentul în data de.....(se notează ziua 1 a primei administrări a medicamentelor),

a) a întrerupt, în săptămânade terapie, tratamentul antiviral deoarece:

a prezentat reacții adverse/a decedat ca urmare a reacțiilor adverse generate de tratament. Anexez prezentei documentele care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigilență, precum și alte documente medicale (bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului, după caz)

nu s-a prezentat la monitorizare, conform programării

alte motive inclusiv deces din alte cauze decât decesul generat de tratamentul antiviral (se menționează cauza și se atașează documente medicale doveditoare - bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului, după caz).....

Până la data întreruperii au fost prescrise un nr. de.....prescripții medicale cu tratament antiviral, respectiv în data de

b) nu a efectuat determinarea cantitativă a ARN VHC la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului deoarece :

nu s-a prezentat la evaluarea rezultatului conform programării

a decedat

a fost eliberată prescripție medicală, dar pacientul nu a inițiat tratamentul

Anexez prezentei, în copie:

formularul specific pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente protocolului terapeutic DCI COMBINATII (SOFOSBUVIR+LEDIPASVIR)

confirmarea înregistrării formularului în PIAS

declarația de consimțământ pentru tratament

Unitatea sanitară:.....

Data.....

Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)