



**BULETIN TESTARE – ARN-VHC**  
SERIA

SERIA:  
EXEMPLAR MEDIC

*Program de susținere a investigațiilor de laborator specifice pentru pacienții cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), eligibili pentru tratamentul fără interferon.*

*Notă de informare pacienți: Programul de susținere a investigațiilor de laborator specifice este susținut de către compania Merck Sharp & Dohme Romania SRL prin reprezentantul său legal și constă în susținerea GRATUITĂ a analizei de mai sus pentru fiecare pacient care a primit acest BULETIN TESTARE – ARN-VHC.*

Nume și prenume pacient: ..... CNP: .....

Vârsta: ... Localitate: ..... Județ: ..... Nr. telefon: .....

**Testare cantitativă  
ARN-VHC**

**Determinarea încărcăturii virale ARN-VHC la:**

La inițiere (0 luni)

RVS

Se completează de către medicul specialist

Nume și prenume medic: .....

Adresa sanitară: .....

Semnătura și parafa medicului curant:

Adresa e-mail/număr fax pentru primirea rezultatului

*Programul este destinat pacienților cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), considerați de către medicul prescriptor eligibili pentru terapia fără interferon conform protocolului terapeutic în vigoare pentru care medicul prescriptor recomandă analizele de mai sus*



**BULETIN TESTARE – ARN-VHC**  
SERIA

SERIA:  
EXEMPLAR LABORATOR

*Program de susținere a investigațiilor de laborator specifice pentru pacienții cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), eligibili pentru tratamentul fără interferon.*

*Notă de informare pacienți: Programul de susținere a investigațiilor de laborator specifice este susținut de către compania Merck Sharp & Dohme Romania SRL prin reprezentantul său legal și constă în susținerea GRATUITĂ a analizei de mai sus pentru fiecare pacient care a primit acest BULETIN TESTARE – ARN-VHC.*

Nume și prenume pacient: ..... CNP: .....

Vârsta: ... Localitate: ..... Județ: ..... Nr. telefon: .....

**Testare cantitativă  
ARN-VHC**

**Determinarea încărcăturii virale ARN-VHC la:**

La inițiere (0 luni)

RVS

Se completează de către medicul specialist

Nume și prenume medic: .....

Adresa sanitară: .....

Semnătura și parafa medicului curant:

Adresa e-mail/număr fax pentru primirea rezultatului

*Programul este destinat pacienților cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), considerați de către medicul prescriptor eligibili pentru terapia fără interferon conform protocolului terapeutic în vigoare pentru care medicul prescriptor recomandă analizele de mai sus*



**BULETIN TESTARE – ARN-VHC**  
SERIA

SERIA:  
EXEMPLAR PACIENT

*Program de susținere a investigațiilor de laborator specifice pentru pacienții cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), eligibili pentru tratamentul fără interferon.*

*Notă de informare pacienți: Programul de susținere a investigațiilor de laborator specifice este susținut de către compania Merck Sharp & Dohme Romania SRL prin reprezentantul său legal și constă în susținerea GRATUITĂ a analizei de mai sus pentru fiecare pacient care a primit acest BULETIN TESTARE – ARN-VHC.*

Nume și prenume pacient: ..... CNP: .....

Vârsta: ... Localitate: ..... Județ: ..... Nr. telefon: .....

**Testare cantitativă  
ARN-VHC**

**Determinarea încărcăturii virale ARN-VHC la:**

La inițiere (0 luni)

RVS

Se completează de către medicul specialist

Nume și prenume medic: .....

Adresa sanitară: .....

Semnătura și parafa medicului curant:

Adresa e-mail/număr fax pentru primirea rezultatului

*Programul este destinat pacienților cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), considerați de către medicul prescriptor eligibili pentru terapia fără interferon conform protocolului terapeutic în vigoare pentru care medicul prescriptor recomandă analizele de mai sus*



**BULETIN PENTRU Evaluarea gradului  
de fibroză prin metoda non-invazivă FIBROMAX**

SERIA:  
EXEMPLAR MEDIC

SERIA PTP / NR.

*Program de susținere a investigațiilor de laborator specifice pentru pacienții cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), eligibili pentru tratamentul fără interferon.*

*Notă de informare pacienți: Programul de susținere a investigațiilor de laborator specifice este susținut de către compania Merck Sharp & Dohme Romania SRL prin reprezentantul său legal și constă în susținerea GRATUITĂ a analizei de mai sus pentru fiecare pacient care a primit acest BULETIN TESTARE – FIBROMAX.*

Nume și prenume pacient: ..... CNP: .....

Vârsta: ... Localitate: ..... Județ: ..... Nr. telefon: .....

TESTARE – FIBROMAX

TESTARE – FIBROMAX

La inițiere (0 luni)

Se completează de către medicul specialist

Nume și prenume medic: .....

Unitatea sanitară: .....

Adresa și parafa medicului curant:

Adresa e-mail/număr fax pentru primirea rezultatului

*Programul este destinat pacienților cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), considerați de către medicul prescriptor eligibili pentru terapia fără interferon conform protocolului terapeutic în vigoare pentru care medicul prescriptor recomandă analiza de mai sus.*

INFC-1261581-0001



**BULETIN PENTRU Evaluarea gradului  
de fibroză prin metoda non-invazivă FIBROMAX**

SERIA:  
EXEMPLAR LABORATOR

SERIA PTP / NR.

*Program de susținere a investigațiilor de laborator specifice pentru pacienții cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), eligibili pentru tratamentul fără interferon.*

*Notă de informare pacienți: Programul de susținere a investigațiilor de laborator specifice este susținut de către compania Merck Sharp & Dohme Romania SRL prin reprezentantul său legal și constă în susținerea GRATUITĂ a analizei de mai sus pentru fiecare pacient care a primit acest BULETIN TESTARE – FIBROMAX.*

Nume și prenume pacient: ..... CNP: .....

Vârsta: ... Localitate: ..... Județ: ..... Nr. telefon: .....

TESTARE – FIBROMAX

TESTARE – FIBROMAX

La inițiere (0 luni)

Se completează de către medicul specialist

Nume și prenume medic: .....

Unitatea sanitară: .....

Adresa și parafa medicului curant:

Adresa e-mail/număr fax pentru primirea rezultatului

*Programul este destinat pacienților cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), considerați de către medicul prescriptor eligibili pentru terapia fără interferon conform protocolului terapeutic în vigoare pentru care medicul prescriptor recomandă analiza de mai sus.*

INFC-1261581-0001



**BULETIN PENTRU Evaluarea gradului  
de fibroză prin metoda non-invazivă FIBROMAX**

SERIA:  
EXEMPLAR PACIENT

SERIA PTP / NR.

*Program de susținere a investigațiilor de laborator specifice pentru pacienții cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), eligibili pentru tratamentul fără interferon.*

*Notă de informare pacienți: Programul de susținere a investigațiilor de laborator specifice este susținut de către compania Merck Sharp & Dohme Romania SRL prin reprezentantul său legal și constă în susținerea GRATUITĂ a analizei de mai sus pentru fiecare pacient care a primit acest BULETIN TESTARE – FIBROMAX.*

Nume și prenume pacient: ..... CNP: .....

Vârsta: ... Localitate: ..... Județ: ..... Nr. telefon: .....

TESTARE – FIBROMAX

TESTARE – FIBROMAX

La inițiere (0 luni)

Se completează de către medicul specialist

Nume și prenume medic: .....

Unitatea sanitară: .....

Adresa și parafa medicului curant:

Adresa e-mail/număr fax pentru primirea rezultatului

*Programul este destinat pacienților cu INFECȚIE CU VIRUS HEPATIC C (VHC), considerați de către medicul prescriptor eligibili pentru terapia fără Interferon conform protocolului terapeutic în vigoare pentru care medicul prescriptor recomandă analiza de mai sus.*

INFC-1261581-0001