

(様式 10-2)

(シメプレビルを含む3剤併用療法延長用)

**肝炎治療受給者証(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)有効期間延長申請書**

三重県知事 へ

私は、プロテアーゼ阻害剤(シメプレビル)を含む3剤併用療法を、24週を超えて最大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(プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)の有効期間延長を申請します。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

(フリガナ) ( )

申請者氏名 印

性別 男・女

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)

現住所 (〒 - )

三重県

電話番号 ( )

※ お手持ちの肝炎治療受給者証 (プロテアーゼ阻害剤を含む3剤併用療法)を確認の上、記入してください。

受給者番号

現行有効期間(開始平成 年 月 日～終了平成 年 月 日)

- 注1) 本申請書は、現行有効期間が満了する前に、保健所に申請してください。  
2) 延長する期間は、現行有効期間に引き続く6か月を限度とします。  
3) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください。

(担当医記載欄)

※ 以下の事項をすべて確認の上、署名・捺印してください。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名 ( )

その所在地 ( (〒 - ) )

担当医師名 ( ) 印

**確認事項**

※担当医師は、該当する項目の□にチェックを入れてください。

有効期間延長の認定には、下記の 1. の治療歴のいずれかの項目、および 2. の判断にチェックが入っていることが必要です。

申請者 ( 、フリガナ： ) について、C型慢性肝炎セログループ 1 (ジェノタイプ 1) 症例へのシメプレビルを含む 3 剤併用療法の実施に当たり、

**1. 治療歴について**

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他のプロテアーゼ阻害剤を含む 3 剤併用療法] の無効例と認められ、

- 申請者は、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。
- 申請者は、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者である。

**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であると判断する。

[ 変更後の予定期間：(開始：平成 年 月～終了：平成 年 月予定) ]

(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。