

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

※ 診断書記載医師は枠内をご記入ください。

【診断書記載医】医療機関名： 科 先生			
下記患者についてご報告申し上げます。			
フリガナ	性別	生年月日 (年齢)	
患者氏名	男・女	明・昭 大・平	年 月 日生 (満 歳)
住所	郵便番号	電話番号	()

肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱い別添1. 認定基準(抜粋)

(3) インターフェロンフリー治療について

HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎(C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類B若しくはCのC型非代償性肝硬変)で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、または実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類AのC型代償性肝硬変に対して原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類B又はCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によって他のインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。なお、2. (1)及び2. (2)に係る治療歴の有無を問わない。

※2 上記については、初回治療の場合、日本肝臓学会肝臓専門医、日本消化器病学会消化器病専門医又は別に定める基準に従い知事の認定を受けた医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、日本肝臓学会肝臓専門医、日本消化器病学会消化器病専門医又は別に定める基準に従い知事の認定を受けた医師が「肝炎治療受給者証の交付申請に係る診断書」を作成すること。

※ 拠点病院肝臓専門医は太枠内をご記入ください。

<p>1. 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります。(該当する項目をチェックする)</p> <p><input type="checkbox"/> 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。 匿名化符号</p> <p><input type="checkbox"/> 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。</p> <p><input type="checkbox"/> ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。</p> <p>2. 該当する意見にチェックの上返信して下さい。</p> <p><input type="checkbox"/> この患者さんに対するインターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。 (推奨する治療:)</p> <p><input type="checkbox"/> インターフェロンフリー治療による、再治療は適切ではない。</p> <p>記載年月日 年 月 日</p> <p>肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地</p> <p>本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名 印</p>

(注) 1. 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3ヶ月以内です。

2. 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。

(拠点病院にて切り離してください。)

意見書に係る必要な検査所見等

【肝疾患診療連携拠点病院以外の医療機関→各都道府県の拠点病院】

※ 拠点病院肝臓専門医は太枠内をご記入ください。

匿名化符号

※ 診断書記載医師は枠内の書ける範囲をご記入ください。

1 過去のインターフェロンフリー治療	
治療期間	年 月 ~ 年 月
治療内容	(薬剤名:)
2 過去のプロテアーゼ阻害剤+インターフェロン治療の有無	
治療内容	なし・テラプレビル・シメプレビル・バニプレビル
3 検体提出の必要条件(ウイルスマーカー)	
Genotypeが1型である	Serogroup 1 ・ Genotype 1b
HCV RNAが3.0 Log IU/mL以上である	Yes ・ No (3.0未満では変異が測定できません)
4 直近の検査結果	
AST	U/l
ALT	U/l
血小板数	× 10 ³ /ul
5 LSI以外で耐性変異を測定している場合	
※1 LSIでの再検は不要です。結果を下記に記載いただくが、結果のコピーをお送りください)	
※2 肝炎治療費助成申請においては、必須ではありません。	
遺伝子検査の結果【検査日: 年 月】	
耐性変異測定方法	
NS3およびNS5Aの耐性変異(すべて列挙ください)	NS3: NS5A:
その他の耐性変異	
6 次に予定している治療法と時期	
再治療予定時期	年 月 ~ 年 月
治療予定内容	(薬剤名:)
年 月 日	
診断書記載医療機関名:	
診断書記載医師氏名: 印	