第１２号様式(第９関係)

　　年　　月　　日

申請者 住 所

氏 名　　　　　　　　　　　　　　　 印（記名・押印または署名）

受給者との続柄

電 話

受給者氏名

受給者番号

現在の有効期間（　 　年　 月 　日～　　 　　年　 月　 日）

**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**

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。

|  |
| --- |
| **（医師記載欄）****確認事項（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、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。）**患者氏名　　　　　　　　　　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）]　　年　　月　　日　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　印（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。 |

注　延長は、現行有効期間に引き続く６ヶ月を限度とします。