**（別紙様式例１－６）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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**

（申請者記載欄）

徳島県知事　殿

　　　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　　　　　　年　　月　　日

申請者氏名（フリガナ）　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　）　印

性　　　別　　　男　・　女

生年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生　（満　　　歳）

現 住 所　　　〒　　　　　　-

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　　　　　　年　　月　　日～終了　　　　　　年　　月　　日）

注１）本申請書は、徳島県に申請してください。

２）延長は、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　　　　　　　　　　　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、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：　　　　　年　　月～終了：　　　　　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。 |