

**TRATAMENTUL PACIENȚILOR ADULȚI FĂRĂ CIROZĂ HEPATICĂ SAU CU CIROZĂ  
HEPATICĂ COMPENSATĂ, FĂRĂ RĂSPUNS LA TRATAMENTUL ANTERIOR CU  
MEDICAMENTE CU ACȚIUNE ANTIVIRALĂ DIRECTĂ  
(SOFOSBUVIR+VELPATASVIR+VOXILAPREVIR) VOSEVI**

**COD FORMULAR J05AP56**

**ÎNȘTIINȚARE PRIVIND**

- a. ÎNTRERUPEREA TRATAMENTULUI ANTIVIRAL  
b. IMPOZIBILITATEA REALIZĂRII EVALUĂRII REZULTATULUI MEDICAL**

Subsemnatul dr. ...., în calitate de medic curant (prescriptor), al pacientului

nume:..... prenume:.....

CNP: .....

domiciliat în str. ...., nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...., sector....., localitatea....., județul....., telefon....., care a început tratamentul în data de.....(se notează ziua 1 a primei administrări a medicamentelor),

**am constatat următoarele:**

- a) Pacientul a întrerupt, în săptămâna .....de terapie, tratamentul antiviral  
deoarece:**

- a prezentat reacții adverse/a decedat ca urmare a reacțiilor adverse generate de tratament conform documentelor din dosarul pacientului, care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigiliență, precum și alte documente medicale (bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului, după caz)
- nu s-a prezentat la monitorizare, conform programări
- alte motive inclusiv deces din alte cauze decât decesul generat de tratamentul antiviral

Până la data întreruperii au fost prescrise un nr. de.....prescripții medicale cu tratament antiviral, respectiv în data de .....

- b) Pacientul nu a efectuat determinarea cantitativă a ARN VHC la 12 săptămâni de la  
terminarea tratamentului deoarece :**

- nu s-a prezentat la evaluarea rezultatului conform programării
- a decedat
- a fost eliberată prescripție medicală, dar pacientul nu a inițiat tratamentul

**Următoarele documente fac parte din dosarul pacientului:**

- confirmarea înregistrării formularului în PIAS
- documente medicale care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigiliență, bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului, după caz

**Unitatea sanitată:**.....

**Data.....**

**Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)**