

**TRATAMENTUL PACIENTILOR ADULTI CU HEPATITĂ CRONICĂ ȘI CIROZĂ HEPATICĂ VHC**  
**CU MEDICAMENTE CU ACTIUNE ANTIVIRALĂ DIRECTĂ (INTERFERON - FREE)**

**ÎNŞTIINȚARE PRIVIND**

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

**COD FORMULAR J05AP-A**

**schema terapeutica:**       HARVONI       MAVIRET       EPCLUSA

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 farmacovigilanță, 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 farmacovigilanță, bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului, după caz

**Unitatea sanitară:.....**

**Data.....**

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