

**FIȘA DE EVALUARE A REZULTATULUI MEDICAL PENTRU 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

I. PACIENT

Nume:.....Prenume:.....

CNP:.....

Domiciliat în str.,nr.,bl.,sc.,et.,ap.....,sector.....,

localitatea.....,județul.....,telefon.....

II. DIAGNOSTIC (COMPLET, INCLUSIV COMORBIDITĂȚI):

.....
.....

Data începerii tratamentului (se notează ziua 1 a primei administrări a medicamentelor):

III. Schemă terapeutică și durata tratamentului:

VOSEVI

3 luni (12 săptămâni)

Anexez prezentei, în copie:

confirmarea înregistrării formularului în PIAS

determinare cantitativă ARN VHC la inițierea tratamentului¹

determinare cantitativă ARN VHC la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului²

IV. EVALUARE REZULTAT MEDICAL

Având în vedere documentele, anterior menționate, în calitate de medic curant (prescriptor) al pacientului menționat în secțiunea I confirm că s-a obținut:

răspuns viral RVS12

eșec terapeutic

Unitatea sanitară:.....

Data:

Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)

¹ conform protocolului terapeutic și Formularului Specific

² **viremia** de la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului **se va efectua obligatoriu** în intervalul:
ziua **169** - ziua **199** calculată de la ziua 1 a administrării medicamentului