

肝炎治療受給者証（インターフェロン）有効期間延長申請書

インターフェロンの投与期間を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説明を受け同意しましたので、肝炎治療受給者証（インターフェロン）の有効期間延長を申請します。

神奈川県知事 殿

年 月 日

受給者氏名

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

※助成期間（受給者証に記載されている有効期間を記入してください）

年 月 日 ～ 年 月 日

医 師 記 載 欄

確認事項

※ 担当医師は、該当する場合、共通項目の□、かつ、（1）もしくは（2）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、共通項目のすべての□、かつ（1）もしくは（2）のすべての□にチェックが入っていることが必要です。）

上記受給者について、C型慢性肝炎セログループ1かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロンおよびリバビリン併用療法の実施に当たり、
（共通項目）

- 受給者の診断名は、「C型肝炎ウイルスに伴う慢性肝炎」である。
- 受給者の治療前ウイルス型とウイルス量については、セログループ1かつ高ウイルス量である。
- 受給者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。
〔変更後の予定期間（開始： 年 月～終了： 年 月）〕

（1）これまでの治療において、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法48週を行い、36週目までにHCV-RNAが陰性化した者が、再燃した者で、『今回の治療でHCV-RNAが投与開始後36週までに陰性化した症例に該当する。』と認められるので48週プラス24週（トータル72週間）の投与期間延長が必要であると判断する。

- 受給者は、これまでの治療において、ペグインターフェロン製剤とリバビリン併用療法48週を行い、36週までにHCV-RNAが陰性化した者が再燃した者である。
- 受給者は、ペグインターフェロン製剤及びリバビリン併用療法48週を開始し、本申請時当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後（ ）週目で継続中である（一時休薬期間は除く。）。
- 受給者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
・投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化。（一時休薬期間は除く。）

(2) (1) に該当しない者で、
『今回の治療で、投与開始後12週後にHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下するがHCV-RNAが陽性 (Real time PCR) で、36週までに陰性化した症例に該当する』と認められるので、48週プラス24週 (トータル72週間) の投与期間延長が必要であると判断する。

- 受給者は、ペグインターフェロン製剤及びリバビリン併用療法48週を開始し、本申請時当該治療を継続的に実施中であり、現在治療開始後 () 週目で継続中である (一時休薬期間は除く。)
- 受給者の治療経過について、下記項目を満たす症例と判断されること。
投与開始後、継続的に治療を続け、
 - ・投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下
 - ・投与開始後36週までにHCV-RNAが陰性化。(一時休薬期間は除く。)

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書【使用上の注意】の重要な注意において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

記載年月日 年 月 日

担当医師 医療機関住所

医療機関名称

氏 名

助成期間の延長に係る取扱いについて

例外的に助成期間の延長 (72週投与) を認める場合の判断は、以下によるものとする。

C型慢性肝炎セログループ1型、高ウイルス量症例に対する、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法である。

これまでの治療において、ペグインターフェロン/リバビリン併用療法48週を行った。

