

インターフェロンフリー治療(再治療)に対する意見書

返信先医療機関及び担当医

フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
患者氏名		男・女	年 月 日 生	(満 歳)
住所	郵便番号			
	電話番号 ()			

認定基準(抜粋)

HCV-RNA陽性のC型慢性肝疾患(C型慢性肝炎若しくはChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変又はChild-Pugh分類 B若しくはCのC型非代償性肝硬変)で、インターフェロンを含まない抗ウイルス治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないもの。

※1 上記については、C型慢性肝炎又はChild-Pugh分類 AのC型代償性肝硬変に対しては原則1回のみ助成とし、Child-Pugh分類 B若しくはCのC型非代償性肝硬変に対しては1回のみ助成とする。ただし、インターフェロンフリー治療歴のある者については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医によってインターフェロンフリー治療薬を用いた再治療(平成27年12月1日以降に開始したものに限り)を行うことが適切であると判断される場合に限り、改めて助成の対象とすることができる。
なお、再治療に前治療と同一の治療薬を用いる場合は、グレカプレビル・ピブレンタスビルの前治療8週、再治療12週とする療法に限る。また、2(1)及びベグインターフェロン、リバビリン及びプロテアーゼ阻害剤3剤併用療法に係る治療歴の有無を問わない。

※2 略

※3 上記については、再治療の場合、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医又は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医の判断を踏まえた上で、日本肝臓学会肝臓専門医が「診断書」を作成すること。

※4 上記については、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン(レベトールカプセル200mgに限る。)の2錠を併用した治療の場合は、HCV-RNA陽性のC型慢性肝炎で、当該治療を行う予定、又は実施中の者のうち、肝がんの合併のないものであること。

1 本意見書を記載する医師は、以下の項目を全て満たしている必要があります(該当する項目をチェックする)

- 上記の肝炎治療特別促進事業の実務上の取扱いにおける認定基準を確認した。
- 日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドラインを精読した。
- ウイルス性肝疾患の治療に十分な知識・経験を持っている。

2 該当する意見にチェックの上返信してください。

- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切であると判断します。
(推奨する治療:)
- インターフェロンフリー治療による再治療は、適切ではない。

記載年月日 年 月 日

肝疾患診療連携拠点病院名及び所在地

本意見を述べた日本肝臓学会肝臓専門医の氏名

印

- (注) 1 本意見書の有効期間は、記載日から起算して3か月以内です。
2 本意見書は肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が記載する必要があります。