

**FIȘA DE EVALUARE A REZULTATULUI MEDICAL PENTRU TRATAMENTUL PACIENTILOR  
ADULTI 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 tratamentului<sup>1</sup>

determinare cantitativă ARN VHC la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului<sup>2</sup>

**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)

<sup>1</sup> conform protocolului terapeutic și Formularului Specific

<sup>2</sup> 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

**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. IMPOSIBILITATEA 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 farmacovigilență, 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 farmacovigilență, bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului, după caz

Unitatea sanitară:.....

Data.....

Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)