

A. CRITERII DE INCLUDERE ÎN TRATAMENT

1. Pacient adult cu fibroză F1, F2:
 - a) naiv
 - b) experimentat la tratamentul cu interferon
 - c) cu HCC tratat curativ (ablație, rezecție, TACE / TARE), fără semne de recurență la minim 6 luni de la procedură
 - d) cu afecțiuni maligne extrahepatice, tratat curativ în stadii precoce
 2. Pacient adult cu fibroză F3, F4:
 - a) naiv
 - b) experimentat la tratamentul cu interferon
 - c) cu HCC dacă au indicație de transplant hepatic sau dacă au fost tratați curativ (ablație, rezecție, TACE), fără semne de recurență la 6 luni de la procedură
 - d) cu afecțiuni maligne extrahepatice, tratat curativ în stadii precoce
 3. Pacient adult cu transplant de organe solide, altul decât cel hepatic, indiferent de gradul de fibroză
 4. Gradul de fibroză hepatică determinat prin:
 - a) Puncție biopsie hepatică
 - b) Fibromax
 - c) Fibroscan

la data de:

d) Ciroză evidentă (chimic, imagistic) ± semne de hipertensiune portală (varice esofagiene)

Dacă gradul de fibroză este **F4** se completează obligatoriu și **pct. 5**
 5. Scor Child-Pugh (valoare calculată):
 6. ARN-VHC detectabil DA NU
 7. Coinfecție sau infecție ocultă VHC-VHB DA NU
 8. Coinfecție cu HIV DA NU
 9. Comorbidități prezente DA NU
- Dacă **DA**:- precizați:
- se completează și **pct. 10**
10. Consultul și evaluarea contraindicațiilor pentru introducerea tratamentului antiviral ale medicului de specialitate care tratează comorbiditățile DA NU
 11. Evaluarea și înregistrarea corectă și completă a medicamentelor utilizate de pacient, în vederea evitării contraindicațiilor sau interacțiunilor medicamentoase* DA NU
 12. Declarația de consimțământ pentru tratament semnată de pacient DA NU

* RCP sau <http://www.hepdruginteractions.org>

B. CRITERII DE EXCLUDERE DIN TRATAMENT

1. Afecțiuni maligne extrahepatice care nu beneficiază de tratament cu potențial curativ DA NU
2. Ciroză decompensată (ascită, icter, hemoragie digestivă, encefalopatie hepatică, peritonită bacteriană spontană, sind. hepato-renal) - actual sau antecedente: scorul Child-Pugh > 6 puncte DA NU
3. Cancer hepatic tratat prin ablație, rezecție, TACE, la mai puțin de 6 luni de la procedură sau dacă sunt semne imagistice (CT/IRM) de activitate/recidivă post procedură DA NU
4. Contraindicații medicamentoase* DA NU

Subsemnatul, dr....., răspund de realitatea și exactitatea completării prezentului formular.

Data:

Semnătura și parafa medicului curant

Originalul dosarului pacientului împreună cu toate documentele anexate (evaluări clinice și buletine de laborator sau imagistice, consimțământul informat, declarația pe propria răspundere a pacientului, formularul specific, confirmarea înregistrării formularului etc.), constituie documentul-sursă față de care se poate face auditarea/controlul datelor completate în formular.