

ÎNȘTIINȚARE PRIVIND
a. ÎNTRERUPEREA TRATAMENTULUI ANTIVIRAL
b. IMPOSIBILITATEA REALIZĂRII EVALUĂRII REZULTATULUI MEDICAL

Subsemnatul dr., în calitate de medic curant (prescriptor), aduc la cunoștința Comisiei de experți pentru afecțiuni hepatice faptul că pacientul

nume:.....prenume:.....

CNP:

domiciliat în str., nr. ..., bl., sc., et., ap....., sector....., localitatea....., județul....., telefon.....

a) a întrerupt, în săptămânade terapie, tratamentul antiviral deoarece:

a prezentat reacții adverse. Anexez prezentei documentele care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigilență.

nu s-a prezentat la monitorizare, conform programării.

a decedat.

altele

b) nu a efectuat determinarea cantitativă a ARN VHC:

în săptămâna 12 de tratament

în săptămâna 24 de tratament

la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului

deoarece :

nu s-a prezentat la evaluarea rezultatului din săptămâna, conform programării.

a decedat.

altele

Unitatea sanitară:.....

Data

Semnătura și parafa medicului curant (prescriptor)