

関連文書①-2 肝炎等克服実用化研究事業(慢性肝炎・肝硬変・肝がんの遺伝子やバイオマーカーを含めた病態解明と、各病態で求められる診療指針の開発と普及のための研究)

症例登録票(必要な検査所見等)

肝疾患診療連携拠点病院以外の医療機関→各都道府県の拠点病院

| |
|-------|
| 匿名化符号 |
| |

過去のインターフェロンフリー治療

| | |
|------|--------------|
| 治療期間 | 令和 年 月 ~ 年 月 |
| 治療内容 | (薬剤名:) |
| 治療期間 | 令和 年 月 ~ 年 月 |
| 治療内容 | (薬剤名:) |

過去のプロテアーゼ阻害剤+インターフェロン治療の有無

| | |
|------|-------------------------|
| 治療内容 | なし・テラプレビル・シメプレビル・バニプレビル |
|------|-------------------------|

検体提出の必要条件

| | |
|----------------------------|----------------------------|
| Genotypeが1型である | Serogroup 1・Genotype 1b |
| HCV RNAが3.0 Log IU/mL以上である | Yes・No (3.0未満では変異が測定できません) |

直近の検査結果

| | |
|------|--|
| AST | |
| ALT | |
| 血小板数 | |

LSI以外で耐性変異を測定している場合

(LSIでの再検は不要です。結果を下記に記載いただくが、結果のコピーをお送りください)

| | |
|--------------------------------|---------------|
| 耐性変異測定方法 | |
| NS3およびNS5Aの耐性変異 (すべて列挙ください) | NS3: NS5A: |

次に予定している治療法と時期

| | |
|---------|--------------|
| 再治療予定時期 | 令和 年 月 ~ 年 月 |
| 治療予定内容 | (薬剤名:) |

令和 年 月 日

医師氏名;

医療機関名;