

Notificação e validação

Data: DD/MM/AAAA

Assunto: **Notificação e validação de tratamento da hepatite C crónica**
Para: **Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) / Grupo de Trabalho Hepatite C**
Contacto: hepatitec.cnft@infarmed.pt

Este impresso deve ser submetido à CNFT, através do contacto acima, para cada nova proposta de tratamento triplo de hepatite C crónica genótipo 1.

Deve ser atualizado e enviado novamente no final do tratamento, ou após avaliação da resposta às 12 ou 24 semanas (conforme aplicável)

1ª Parte – a preencher pelo médico assistente e a submeter pela CFT após aprovação, previamente ao início do tratamento

Data de submissão: __/__/__

Local de tratamento (Hospital/CH/ULS):

Identificação do candidato a tratamento¹: |__| |__| |__| |__| |__|

Data de nascimento: | | / | | / | | |

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

Proposta para INÍCIO de terapêutica tripla com boceprevir^a

1. Tratamento anterior? SIM ☐ NÃO ☐

1.1 Se SIM; Recidiva ☐ Responder parcial ☐ Responder nulo ☐ Desconhecido ☐

2. Avaliação pré-tratamento atual:

2.1 ARN VHC:	UI/ml; (*)	log ₁₀
--------------	------------	-------------------

2.2 Genótipo VHC: Subtipo: a ☐ b ☐ Desconhecido ☐

2.3 Albumina: g/L

2.4 Plaquetas: $10^9/L$

2.5 Estádio da fibrose hepática: F

2.5.1 Biópsia hepática (METAVIR) ☐ (data: __/__/__) e/ou Elastografia hepática transitória ☐, ____ kPa (data: __/__/__)

2.6 (*) Genótipo IL28B: _____

2.7 Outra condição/justificação relevante? SIM ☐ NÃO ☐

2.7.1 Se SIM, qual? _____

(*) Campo opcional

a: [http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR - Product Information/human/002332/WC500109786.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002332/WC500109786.pdf)

1- Instruções: 3 primeiras consoantes, do último apelido + 2 primeiras consoantes, do primeiro nome próprio.

3. Co-infecção VIH? SIM ☐ NÃO ☐
3.1 Se SIM:
3.1.1 Linfócitos T CD4+ ____/mmc
3.1.2 ARN VIH: ____cópias/ml
3.1.3 TARV SIM ☐ NÃO ☐

Aprovado na CFT local em: ____/____/____

O Presidente da CFT

Nome (ou carimbo): _____;

Assinatura: _____;

CFT Email: _____;

Parecer do GT Hepatite C da CNFT: _____

2ª Parte – preencher e submeter após fim do tratamento

Data submissão: __/__/__

MONITORIZAÇÃO do tratamento

5. Data de início de tratamento (desde o início da terapêutica dupla): __/__/__

5.1 Fez apenas terapêutica dupla? SIM ☐ NÃO ☐

Se SIM não necessita de responder às perguntas de 5.2 a 9.

5.2 Duração **total** do tratamento: ____ semanas 5.3 Duração do tratamento com boceprevir : ____ semanas

6. Monitorização da carga vírica:

6.1 ARN VHC 4 sem ____ UI/ml; (*) ____ log₁₀ NA ☐

6.2 ARN VHC 8 sem ____ UI/ml; (*) ____ log₁₀ NA ☐

6.3 ARN VHC 12 sem ____ UI/ml; (*) ____ log₁₀ NA ☐

6.4 ARN VHC 24 sem ____ UI/ml; (*) ____ log₁₀ NA ☐

6.5 ARN VHC no fim de tratamento às ____ semanas: ____ UI/ml; (*) ____ log₁₀ NA ☐

7. Suspendeu tratamento antes do previsto? SIM ☐ NÃO ☐

7.1 Se SIM:

7.1.1 Quando? ____ semanas

7.1.2 Porquê? Não resposta ☐ Reação adversa ☐ Outra razão ☐ Qual?

8. Ocorreram reações adversas ao tratamento? SIM ☐ NÃO ☐

8.1 Se SIM, qual (ais)? _____

(*) Campo opcional

NA=Não aplicável

PÓS-TRATAMENTO

9. Resposta virológica mantida (ARN VHC indetetável às 12 sem ☐ ou 24 sem ☐): SIM ☐

NÃO ☐ NA ☐

NA=Não aplicável

Médico responsável pela informação:

Nome: _____; n.º OM: _____; Especialidade: _____;

Tel: _____; Email: _____;

O Presidente da CFT

Nome (ou carimbo): _____; Assinatura: _____;

CFT Email: _____;

Confirmação fim tratamento/ processo pelo GT Hepatite C da CNFT: _____

Em: __/__/__

<https://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>