

Documento PTR n. 180 relativo a:

**PIANO TERAPEUTICO REGIONALE
PER LA PRESCRIZIONE
DELLA TERAPIA PER L'EPATITE C CRONICA
A BASE DI INTERFERONE, RIBAVIRINA,
BOCEPREVIR**

Agg. Aprile 2015

Maggio 2013

**Chiusura del Piano Terapeutico Regionale
(solo per boceprevir)**

Completamento della terapia (data: ____/____/____)

HCV RNA (fine trattamento) _____ UI/mL metodo impiegato: _____

Interruzione precoce della terapia: motivazioni

non risposta virologica alla settimana _____

Eventi avversi di grado 3 o 4 non correggibili, legati alla scheda tecnica:

Anemia Piastrinopenia Leucopenia Manifestazioni cutanee Manifestazioni ano-rettali

Altro (specificare): _____

Altri eventi avversi non correggibili, non descritti in scheda tecnica:

Specificare: _____

Mancata compliance del paziente al trattamento

Altro (specificare): _____

Data _____

timbro e firma del Medico prescrittore