**ATTESTATION MEDICALE**

**Prise en charge simplifiée de l’Hépatite C**

**(Selon les modalités du rapport HAS mars 2019**

**Hépatite C : prise en charge simplifiée chez l’adulte)**

À joindre avec l’ordonnance du patient pour faciliter la délivrance des médicaments

**Patient**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ARN du VHC**  **(UI/ml)** |  | | | |
| **Niveau de Fibrose** | **0-1** | **2** | **3** | **4** |
|  |  |  |  |
| **Traitement**  **(disponible en PUI**  **et officine de ville)** | **MAVIRET** | | **EPCLUSA** | |
|  | |  | |
| **Durée traitement** |  | | | |

**Je certifie** que l’état de santé de ce patient rentre dans les critères de prescription des AAD comme défini par le rapport de la HAS de Mars 2019 (prise en charge simplifié) :

* Le patient n’a pas de maladie hépatique sévère (Fibrotest ® ≤0,58; Fibromètre ® ≤0,786; FibroScan ® <10 kPa; FIB 4 < X,XX) et ses comorbidités sont contrôlés (consommation d’alcool à risque, diabète, obésité).
* **Il n’entre également pas dans les critères suivants :**
* coïnfection VHB et/ou VIH,
* insuffisance rénale sévère (DFGe < 30 ml/min/1,73 m²), de comorbidité
* échec d’un traitement antiviral C antérieur antiviraux d’action directe.

**Médecin prescripteur** **:**

**Nom Prénom**

**Date :**

|  |  |
| --- | --- |
| Cachet du Médecin | Signature |
|  |  |

**NB : seules ces 2 spécialités AAD sont prescriptibles par tous les médecins. Les autres spécialités doivent être prescrites par un HGE un interniste, ou un infectiologue selon les procédures en vigueurs.**