**ATTESTATION MEDICALE**

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

**(Selon les modalités des recommandations HAS MAJ septembre 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 :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Niveau de Fibrose** | **0-1** | **2** | **3** | **4** |
|  |  |  |  |
| **Charge Virale PCR VHC** |  | Date de la PCR |  |  |
| **Traitement****(disponible en PUI** **et officine de ville)** | **MAVIRET****(GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR** **3 comprimés par jour)** | **EPCLUSA** **(SOFOSBUVIR / VELPATASVIR** **1 comprimé par jour)** |
|  |  |
| **Durée traitement** |  |

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

* Le patient n’a pas de maladie hépatique sévère (Fibrotest ® ≤0,58; Fibromètre ® ≤0,786; FibroScan ® <10 kPa; FIB 4 < 1,45) et ses comorbidités sont contrôlés (consommation d’alcool à risque, diabète, obésité).
* **Il n’entre également pas dans les critères suivants :**
* co-infection VHB et/ou VIH,
* insuffisance rénale sévère (DFGe < 30 ml/min/1,73 m²),
* comorbidité (consommation d’alcool à risque, diabète, obésité) mal contrôlée selon le médecin,
* maladie hépatique sévère,
* traitement antiviral C antérieur

**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.**