**ATTESTATION MEDICALE - Hépatite C**

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

**Patient**

Nom : Prénom :

Date de naissance :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Génotype** | **1a** | **1b** | **2** | | **3** | | **4** | | **5** | | **6** |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| **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’initiation du traitement de ce patient **n’est pas subordonnée** à la tenue d’une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

**Il n’entre pas dans les critères suivants :**

– en échec d’un premier traitement par antiviraux d’action directe ;

– insuffisants rénaux (si le débit de filtration glomérulaire est inférieur à 30 mL/min), hémodialysés chroniques ou transplantés rénaux ;

– ayant une cirrhose grave, compliquée MELD > 18 ou avec facteurs d’aggravation ou ayant des antécédents de cirrhose grave ;

– en pré ou post-transplantation hépatique ;

– ayant un carcinome hépatocellulaire ou un antécédent de carcinome hépatocellulaire ;

– co-infectés par le VIH, le VHB ou un autre virus à tropisme hépatique ;

– dont l’état de santé ou le traitement peuvent interférer avec la prise en charge de l’hépatite C.

**Médecin prescripteur** **:**

**Nom Prénom**

**Date :**

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

**NB : Les AAD doivent être prescrits sur une ordonnance hospitalière d’un établissement public ou privé**