



10	O PACIENTE FEZ TRATAMENTO PRÉVIO PARA HEPATITE C? () SIM () NÃO Caso afirmativo, assinale qual(is) medicamento(a) já foi(ram) utilizados pelo paciente: () PEG-IFN () OMBITASVIR/VERUPREVIR/RITONAVIR + DASABUVIR () RIBAVIRINA () OUTROS: _____ () SOFOSBUVIR _____ () DACLATASVIR _____ () SIMEPREVIR _____ INFORMAR A DURAÇÃO DO TRATAMENTO PRÉVIO: _____
11	CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE ESQUEMAS TERAPÊUTICOS CONTENDO ALFAPEGUINTERFERONA/RIBAVIRINA (descrever, se for o caso): _____ _____ _____
12	O(A) PACIENTE ESTÁ EM USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL? () Sim () Não Se sim, descreva: _____ _____ _____

IMPORTANTE

Os novos medicamentos, ainda que indicados e utilizados corretamente, podem ocasionar eventos adversos imprevisíveis ou desconhecidos. Se ocorrerem, devem ser notificados pelo NOTIVISA ou para a Vigilância Sanitária estadual ou municipal.

Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.

Data

Médico (Assinatura e Carimbo)