

C型肝炎に対する経口抗ウイルス剤治療の長期予後調査票(2017年度調査)

ご担当先生各位

平素より「C型肝炎に対する経口抗ウイルス剤の治療効果判定報告書」の収集・解析事業につきましては、格別のお力添えを賜りまして、まことに有難うございます。厚く御礼申し上げます。治療効果判定報告書をお送りいただいた下記患者様ですが、本治療終了後約__年目を迎えられております。

整理番号 (自治体担当者による匿名化符号)			
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	____年____月____日
経口剤治療期間	開始日: 20__年__月__日 ~ 終了日: 20__年__月__日		
診断名	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変(判明していれば) <input type="checkbox"/> F0 <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4		
使用した経口剤	<input type="checkbox"/> アスナプレビル/ダクラタスビル <input type="checkbox"/> ソホスブビル/リバビリン <input type="checkbox"/> ソホスブビル/レディパスビル <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
ウイルス学的判定(効果判定時: 20__年__月__日)			
<input type="checkbox"/> 著効(投与終了6ヶ月後もHCV RNA陰性を持続)	<input type="checkbox"/> Breakthrough	(いったん消失していた血中HCV RNAが経口剤投与中にもかかわらず再陽性化すること)	
<input type="checkbox"/> 再燃(投与終了時はHCV RNA陰性であったがその後再陽性化)	<input type="checkbox"/> 判定不能		
<input type="checkbox"/> 無効(投与期間を通じてHCV RNAは陰性化しなかった)			

つきましては、直近のご病状について、下記の追加データ収集にご協力賜りますよう、くれぐれも宜しくお願い申し上げます。

国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院
中央検査部門 臨床検査室医長 正木尚彦
〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1
☎03-3202-7181(代表)

記入日: 20__年__月__日

1. 現在の通院状況について、該当する箇所をチェックして下さい。			
<input type="checkbox"/> 通院中	<input type="checkbox"/> 通院中断 (その理由: _____)		
<input type="checkbox"/> 死亡 (<input type="checkbox"/> 肝臓関連死 <input type="checkbox"/> 肝臓非関連死 <input type="checkbox"/> 死因不明); 死亡年月日: 20__年__月__日; <input type="checkbox"/> 不明			
2. 経口剤治療終了後1年目、2年目前後の検査値をご記入下さい。			
	治療終了1年目	治療終了2年目	最終生存確認日
	20__年__月__日	20__年__月__日	20__年__月__日
AST (IU/L)			
ALT (IU/L)			
血小板数 (x10 ⁴)			
AFP (ng/mL)			
HCV RNA定量	(_____) <input type="checkbox"/> ケンシュツセス	(_____) <input type="checkbox"/> ケンシュツセス	(_____) <input type="checkbox"/> ケンシュツセス
単位にチェック <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Log copy/mL <input type="checkbox"/> LogIU/mL	<input type="checkbox"/> Log copy/mL <input type="checkbox"/> LogIU/mL	<input type="checkbox"/> Log copy/mL <input type="checkbox"/> LogIU/mL
3. 最終生存確認日までの肝がん発症、もしくは再発の有無をご教示下さい。			
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 肝がん発症あり(初発) (診断確定日: 20__年__月__日)		
	<input type="checkbox"/> 肝がん再発あり(第1回目) (再発確定日: 20__年__月__日)		
4. 非著効例(再燃、無効、Breakthrough)の場合、その後に抗ウイルス療法の施行がありましたらご教示下さい。			
<div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>			

ご協力まことに有難うございました。後日お問い合わせする場合がございますが、引き続きよろしくお願い致します。
(本調査は国際医療研究開発費「ウイルス性肝疾患に関する全国規模のデータベース構築および肝炎医療の均てん化に資する研究(27指1301)」の一環として遂行しております)