

Check-list dei Requisiti minimi per l'individuazione dei centri per la gestione dei pazienti con Epatite C genotipo 1 sottoposti a triplice terapia con inibitori delle proteasi (PegIFN+ Ribavirina + Inibitore della proteasi di prima generazione)

Responsabile: Prof/Dr: \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ P.O. \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_  
 Indirizzo: via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ N.di telefono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

	SI	NO
<b>1. Comprovata esperienza nella gestione delle epatiti croniche virali</b>		
<i>Si ritiene che il trattamento di una media di 15-20 pt/anno negli ultimi 3 anni all'interno dell'Unità Operativa costituisca un parametro utile a documentare tale esperienza. Si richiede pertanto certificazione da parte dei Servizi Farmaceutici Aziendali del numero di Piani Terapeutici redatti dalla Unità Operativa richiedente l'autorizzazione..</i>		
1a. Esperienza consolidata nell'utilizzo della duplice terapia con Peg IFN+Ribavirina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Disponibilità di strumentazioni e tecnologia per l'esecuzione di:</b>		
<i>Si precisa che sono considerati rispettati i criteri anche laddove i test vengano effettuati presso altre Unità Operative diverse dal Centro richiedente l'autorizzazione della medesima ASL. Relativamente al punto 2b, si precisa che è possibile anche effettuare il test presso struttura di altra ASL purchè sia stata stipulata regolare convenzione dalla quale si evinca il rispetto delle tempistiche e delle modalità richieste. In tal caso si richiede copia della convenzione stipulata.</i>		
2a. Fibroscan o Biopsia Epatica per stadiazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Test per HCV RNA con metodica sensibile di almeno 25 UI/ml e disponibilità del risultato entro 1 settimana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Organizzazione di Sistema in grado di garantire la tempestiva gestione degli effetti collaterali</b>		
<i>Si richiede specifica assunzione di responsabilità da parte del Direttore del Centro richiedente l'autorizzazione in merito ai punti di seguito indicati:</i>		
3a. Disponibilità dell'equipe medica a valutare le problematiche cliniche presentate dal paziente e a prendere visione degli esami di laboratorio eseguiti in corso di terapia entro 24-48 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Possibilità di utilizzo tempestivo di servizi ospedalieri (Day Service/Day hospital/Reparti di degenza), anche in collaborazione con altre Unità Operative, in caso di eventi avversi seri (ad esempio anemizzazione con necessità di emotrasfusioni o infezioni severe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma e timbro del  
Responsabile del Centro

Firma e timbro del  
Direttore Sanitario Aziendale