



西濃地域連携クリニカルパス バリアンス報告書

1. 疾患名 : C型肝炎ウイルス排除後
2. 患者氏名 : _____
3. 患者ID : _____
4. 病院主治医 : _____
5. バリアンス確認 : _____
6. バリアンスの理由 :

7. パス継続 :

上記を記入し「よろず相談・地域連携課」へ提出。

バリアンスの理由

- 1) トランスアミナーゼが上昇した場合
- 2) 腫瘍マーカー (AFP・AFP-L3・PIVKA-II) が上昇した場合 (正常範囲を超える、もしくは前回の値の2倍以上となった場合)
- 3) その他、かかりつけ医が必要と判断した場合