Opinion pharmaceutique : **Interaction entre les agents modifiant le pH gastrique et les anti-VHC**

Patient(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DDN\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ #Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Après avoir analysé le dossier de votre patient(e), j’ai relevé un problème relié à sa pharmacothérapie.

**Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprévir (Vosevi)**  **et**

**Anti-H2 : famotidine (Pepcid), ranitidine (Zantac) ou équivalent**

**Mécanisme d’interaction :** Les anti-H2 augmentent le pH gastrique. La solubilité, l'absorption et la concentration plasmatique du velpatasvir peuvent être diminuées.

Ceci peut donc diminuer de façon significative l’efficacité de certains anti-VHC.

***Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprévir (Vosevi) et Anti-H2******:***

Information supplémentaire :  
Une étude pharmacocinétique entre Sofosbuvir / Velpatasvir / Voxilaprévir (Vosevi) et la Famotidine 40 mg pris en même temps ou 12 heures après l’anti-VHC ne démontre aucune diminution significative de la SSC. Selon la monographie, il est donc possible d’associer le Vosevi à un équivalent de 40 mg de famotidine si ce dernier est pris en même temps ou 12 heures après l’anti-VHC.

Options thérapeutiques possibles : **Nom de l’Anti-H2** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Posologie recommandée : dose n’excédant pas 40 mg de famotidine BID ou l'équivalent\***

* Administrer l’anti-H2 en même temps et/ou 12 heures après le Vosevi
* Suspendre l’antiacide pendant le traitement contre l’hépatite C   
  \*Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*
* Diminuer la dose de l’Anti-H2 à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* et administrer l’anti-H2 en même temps et/ou 12 heures après le Vosevi
* Autre :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REN :\_\_\_\_\_\_\_

**Suivi :** Efficacité du traitement anti-VHC.

N’hésitez pas à communiquer avec nous pour de l’information supplémentaire.   
En toute collaboration,

Pharmacie(ne) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​ #Télécopieur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A titre d’ordonnance, dater et signer :

Date : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Signature et licence :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_