

01.07.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI) (ANTİDEPRESAN OLARAK, 6 AYDAN FAZLA KULLANILMASI GEREKEN DURUMDA RAPOR PSİKİATRİ UZMANI TARAFINDAN ÇIKARILMALIDIR.)	6 AYDAN FAZLA İLAÇ VERİLMESİNE RAĞMEN RAPORDA YADA REÇETEDEN PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
2	LANTUS SOLSOTAR 100 IU 5 KAR (ORTİPEN (HASTANIN GÜNCEL RAPORU 20.03.2020 DE GLARJİN DOZU 1*25 TİR.)	LANTUS SOLSOTAR 100 IU 5 KAR; GELEN GÖRÜŞE VE GÜNCEL RAPORUNA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL (RAPORDA PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İÇİN GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.)SEVAREN 800 MG 180 TABLET (TEDAVİYE BAŞLAMAK İÇİN DİĞER FOSFOR DÜŞÜRÜCÜ İLAÇLARIN EN AZ 3 AY SÜREYLE KULLANILMIŞ OLMASI VE BU HUSUSUN RAPORDA BELİRTİLMİŞ OLMASI GEREKİR. FOSFOR DÜZEYİ 3.5MG/DL'NİN ALTINDA OLDUĞU DURUMLARDA SEVELAMER TEDAVİSİ KESİLİR, FOSFOR DÜZEYİNİN 4MG/DL'NİN ÜZERİNE ÇIKMASI DURUMUNDA TEDAVİYE İLK BAŞLAMA KRİTERLERİ ARANARAK TEKRAR BAŞLANABİLİR. EK TAHLİL SONUCU YOK)APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254	<ul style="list-style-type: none">FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.SEVAREN 800 MG 180 TABLET; TAHLİL BELGESİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	LODUX 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (RAPORU ÇIKARAN DOKTOR PSİKİYATRİ UZ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILDI)	LODUX - 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
5	<ul style="list-style-type: none">HUMAN ALBUMIN %20 BEHRING (DUSUK TUZ) 100 ML IV INF COZ (HUM ALBUMIN BEHRING %20 100 ML 1 FLK) (İLAÇ ALIM TARİHİNE GÖRE ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİNİN 3 GÜNÜ GEÇTİĞİ ADET KESİLMİŞTİR)HUMAN ALBUMIN %20 BEHRING (DUSUK TUZ) 100 ML IV INF COZ (HUM ALBUMIN BEHRING %20 100 ML 1 FLK) (ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİ 3 GÜNÜ GEÇMİŞTİR)	<ul style="list-style-type: none">HUMAN ALBUMIN- GÜNCEL ALBÜMİN DEĞERİ (25/05/2021) RAPORA EKLENMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.HUMAN ALBUMIN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	ONZYD 4 MG AGIZDA DAGILAN 10 TB (ONZYD TB KEMOTERAPİDEN SONRA 5 GÜN KULLANILIR. 2 KUTU ÖDENİR, 4 KUTU KESİLİR.)	ONZYD 4 MG AGIZDA DAGILAN 10 TB; GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
7	NAVELBINE 20 MG 1 KAPSUL (4.2.14.B KANSER TEDAVİSİNDE; VİNORELBİN TARTARATIN ORAL FORMLARI, TEDAVİYE ENJEKTABL FORM İLE BAŞLANMASI ŞARTIYLA KULLANILIR.SİSTEMDE KAYITLI ENJEKTABL FORM BULUNMAMAKTADIR)	NAVELBINE 20 MG 1 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	ZOLADEX 3.6 MG SUBKUTAN İMPLANT (POSTMENOPAZAL DÖNEMDE ENDİKASYONU YOK)	ZOLADEX 3.6 MG SUBKUTAN İMPLANT; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	XARELTO 15 MG 28 FTB (12/03/2020'DE XARELTO BAŞLANMIŞ OLUP İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTİPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR)	XARELTO; 03/11/2020 TARİHİNDE RAPOR YENİLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

10	MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP (REÇETEDE İLGİLİ AÇIKLAMA YOK.275)	MICTONORM- REÇETEDE UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
11	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB. (RAPOR UYGUN DEĞİL.İKİNCİ LDL DEĞERİ 190 ALTINDA)	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	CERTICAN 0.75 MG.60 TABLET (RAPOR DOZU AŞILAMAZ)	CERTICAN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> LYRICA 300 MG 56 KAPSUL (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.) ALATAB 600 MG 30 FTB (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254) 	<ul style="list-style-type: none"> LYRICA 300 MG 56 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (RAPORDA MAMA ADI YOK.	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK (İLAÇ VERİLİŞ TARİHİ REÇETE TARİHİNDEN SONRADIR. ALBUMİN ÖLÇÜM TARİHİNE GÖRE 3 GÜNÜ GEÇEN ADET KEŞİLMİŞTİR)	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	COLNAR 10 MG 28 TABLET (LDL TAHLİL TARİHİNDEN SONRA İLAÇ KULLANILMADIĞI İÇİN KEŞİLDİ.)	COLNAR 10 MG 28 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none"> IMPACT ORAL RTD VANILYA AROMALI 237 ML(334 KCAL) (MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL) PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ İCEREN AMP 1 ML 5 AMP (E REÇETEDeki GÜNCEL PARATHORMON DEĞERİNE GÖRE ÖDENMEZ) 	<ul style="list-style-type: none"> IMPACT -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. PARICAL; EKLENE TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (ENDİKASYON DIŞI KULLANIM)	DUXET; ANKSİYETE BOZUKLUKLARI TANISI ENDİKASYONUNDA GEÇTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
19	RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL (HASTANIN RAPORUNDA YAZILAN AÇIKLAMALAR SUT A UYGUN DEĞİL.HASTANIN 3.KÜR SONUNDA VERDİĞİ YANIT BULUNMAMAKTADIR)	RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none"> PLAVIX 75 MG 28 FTB (26.05.2021 DE İADE MESAJI GÖNDERİLDİ PLAVIX--27.11.2019 TARİHLİ RAPORDA " İSKEMİK İNME" HUSUSU BELİRTİLMELİDİR. SİSTEMDEN GEREĞİ YAPILARAK MESAJA CEVAP VERİNİZ, ECZANEYE ZARF GİTMEYECEK. ANCAK DÜZELTİLMEDİ.) 2EJPYSJ- SYNAGIS 50 MG/0,5 ML IM ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN 1 FLAKON (SUT GEREĞİ VE 06.10.2020 TARİHLİ RAPORDA BELİRTİLDİĞİ GİBİ, EKİM-MART AYLARI ARASINDA BİR AY ARALARLA EN FAZLA 5 DOZ KULLANILMASI GEREKİRKEN, EKİM, KASIM, ARALIK, OCAK, ŞUBAT, MARTTA ARDIŞIK TOPLAM 7 DOZ ÇIKIŞ YAPILMIŞ, AYNI ECZANEDEN...25.03.2021 TARİHLİ BU REÇETE 7.NCİ DOZ OLUP ÖDEME DIŞI BIRAKILDI.) 	PLAVIX -İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. SYNAGIS ; TAMAMI İNCELENSİNDEN ÖNCEKİ KEŞİNTİ OLDUĞUNDAN TEKRAR DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR.
21	NOVOSEVEN RT 2 MG ENJ COZ İCİN TOZ VE COZUCU (HAFİF- ORTA ŞİDDETTEKİ KANAMALARDA 3 DOZA KADAR ÖDENİR) (3X120 MCG = 360 MCG X 25 KG = 9000 MCG)	NOVOSEVEN - RAPORDAKİ ORTA ŞİDDETLİ KANAMADAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE 25 KG*120 MCG= 3000 MCG, 3 DOZ 9000 MCG (9 GR) DAN 5 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.
22	ESBRIET 801 MG 90 FILM KAPLI TABLET (HASTANIN FVC DEĞERİNDE %10 DAN FAZLA DÜŞÜŞ OLDUĞUNDAN KEŞİNTİ YAPILMIŞTIR.)	ESBRIET 801 MG 90 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK (ALBUMİN ÖLÇÜM TARİHİNE GÖRE 3 GÜNÜ GEÇEN ADET KEŞİLMİŞTİR)	ZENALB %; 06/06/2021 TARİHLİ YENİ RAPORUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
24	PLETAL 100 MG 60 TABLET (PLETAL,PLAVIX,ECOİRİN İKİ	PLETAL 100 MG 60 TABLET; PLETAL; MART 2021

	VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APIKSABAN) KONTRENDİKEDİR)	DE BYPASS OLAN HASTADA KULLANIMA DEVAM ETİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
25	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE (330 KCAL) (MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE ;SON 3 AYDA İSTEMSİZ %10 KİLO KAYBI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
26	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK (ALBUMİN ÖLÇÜM TARİHİNE GÖRE 3 GÜNÜ GEÇEN ADET KESİLMİŞTİR)	ZENALB ;YATAN HASTADA MAKSİMUM 3 GÜNLÜK VERİLEN ALBUMİN İÇİN TAHLİL SONUCU 6 GÜN ÖNCESİNE AİT OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
27	ALATAB 600 MG 30 FTB (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	AVALCEPT- TEDAVİ-10.10.2020 DE BAŞLAMIŞ-22.02.2021 DE 8 KT (..... İŞLEM NOLU REÇETE)İLAÇ BİTİŞ TARİHİ 17.06.2021 OLUP 200 GÜNÜ DOLDURMUŞTUR. BU REÇETE 24.05.2021 200 GÜNÜ AŞAN TEDAVİDİR.	AVALCEPT; BÖBREK NAKLİ SONRASI 200 GÜN GEÇİLDİĞİ HALDE VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
30	PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ İCEREN 5 AMP (PTH DEĞERİ 285 OLDUĞU İÇİN PARICAL BAŞLANAMAZ)	PARICAL ; BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN , 17/01/2019 RAPORUYLA İDAME TEDAVİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE TAHLİL SONUÇLARI KESİLME KRİTERLERİNE UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.