

## 01.09.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK ( ENDİKASYON İZİNİ "HEMATOLOJİ" BİRİMİNE VERİLMİŞ. RAPORU DÜZENLEYEN HEKİM "İÇ HASTALIKLARI UZAMANI")	IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK;ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNDEKİ HEKİM İLE RAPORU DÜZENLEYEN HEKİM AYNI HEKİM OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
2	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET ( SUT'TA BELİRTİLEN BÖLGELERDEN BİRİNE AİT KEMİK ÖLÇÜM DEĞERİ RAPRODA OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	LIPITOR 20 MG.30 TB.( LDL 72 ODENMEZ )	LIPITOR 20 MG.30 TB; HASTA KIBRIS SİGORTALISI VE 05/10/2021 TARİHLİ KAĞIT RAPORU MEVCUT OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none"><li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ( SADECE DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI DA )</li><li>CLOGAN 75 MG 28 FTB( E-RAPOR KRİTERLERİ UYGUN DEĞİLDİR. )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>CLOGAN 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ( DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ / DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI ENDİKASYONLARINDA ÖDENİR.)</li><li>FEMARA 2.5 MG 30 FTB ( ENDİKASYON UYUMUNUN TESPİTİ İÇİN HASTALIĞIN EVRESİ RAPORDA YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORDAKİ İBAREYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>FEMARA 2.5 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)( HASTANIN EN SON RAPORUNDA MAMA DEĞİŞTİRİLMİŞ.HASTAYA EN SON RAPORUNDAKİ MAMA DA VERİLMİŞ)</li><li>RESOURCE PROTEIN VANILYA AROMALI 200 ML(250 KCAL)( HASTANIN EN SON RAPORUNDA MAMA DEĞİŞTİRİLMİŞ.HASTAYA EN SON RAPORUNDAKİ MAMA DA VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SON RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	ENTYVIO 300 MG INF COZ KONS ICIN TOZ ( RAPORA GÖRE DOZ DÜZELTİLDİ.RAPOR SÜRESİNİ AŞAN MİKTARDA İLAÇ VERİLMİŞ.)	ENTYVIO 300 MG INF COZ KONS ICIN TOZ;RAPORA GÖRE İDAME DOZDA 8 HAFTADA BİR VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
8	FERRIPROX 500 MG 100 FILM TABLET ( PROSPEKTÜSE GÖRE "HASTANIN NÖTROFİL SAYIMI HER HAFTA YAPILMALIDIR" REÇETESİZ FATURA EDİLMİŞ)	FERRIPROX 500 MG 100 FILM TABLET;RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
9	BİZMOPEN 262 MG 30 CIGNEME TABLETİ ( TANI UYGUN DEĞİL)	BİZMOPEN 262 MG 30 CIGNEME TABLETİ; UYARI KODUYLA İLGİLİ TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	ZENO 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)( TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN MİKROGRAM/L DEĞERLERİ BİLİNMEDEN DOZ AYARLAMASI YAPILAMAZ) (2019 RAPORU ÜZERİNDEN 418'LE VERİLMİŞ)	ZENO 360 MG FILM KAPLI TABLET ;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	NOVOSEVEN RT 1 MG ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU( 1- PIHTILAŞMA FAKTÖRLERİ VIII VEYA IX'A KARŞI 5 BETHESDA ÜNİTESİ (BU)'NİN ÜZERİNDE İNHİBİTÖR GELİŞTİRMİŞ OLAN, 2-	NOVOSEVEN RT 1 MG ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU;ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ İLE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

	FAKTÖR VIII VEYA FAKTÖR IX UYGULAMASINA KARŞI YÜKSEK ANAMNESTİK YANIT VERMESİ BEKLENEN KONJENİTAL HEMOFİLİ HASTALARINDA ENDİKEDİR. 3- 1 GÜNDE MAX. 12 DOZ ÖDENİR. REÇETEDE (TEŞHİS/TANI - HAFTADA 2 KEZ Bİ AYLIK TEDAVİDİR) YAZIYOR.)	
12	IMMUNORHO 300 MCG(1500IU)2 ML ENJ.( HAFTA ARA İLE İLAÇ UYGULANMIŞ(HAMİLELİĞİN ERKEN DÖNEMLERİNDE) (26 İLA 28.HAFTALARDAN ÖNCE) RHOGAM ULTRA-FİLTİRED PLUS UYGULANDIĞINDA, PASİF OLARAK KAZANILMIŞ OLAN ANTİ-D DÜZEYİNİN KORUNMASI İÇİN İLK ENJEKSİYONDAN BAŞLAYARAK 12 HAFTALIK ARALIKLARLA UYGULANMALIDIR.)	IMMUNORHO 300 MCG;İLACIN POZOLOJİ KISMINDA 6-12 HAFTA ARALIĞINDA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
13	XELJANZ 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET ( RAPORUNDA "(DMARD) (SÜLFASALAZİN, HİDROKSİKLOKİN) EN AZ ÜÇER AY KULLANMIŞ OLMASINA RAĞMEN" İBARESİ VAR ANCAK PROSPEKTÜSE GÖRE "BİYOLOJİK ANTİ-ROMATİZMAL İLAÇLARLA (DMARD) KOMBİNE EDİLMEMELİDİR" SADECE MTX İLE KOMBİNE EDİLEBİLİR.)	XELJANZ 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET;MTX İNTOLERANSI OLAN VEYA MTX KULLANIMI UYGUN OLMAYAN HASTALARDA MONOTERAPİ OLARAK VERİLEBİLCEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
14	PROZAC 20 MG.24 KAPSUL (SSRI)( ERİŞKİNLER VE YAŞLILARDA ENDİKASYONU VAR )	PROZAC 20 MG.24 KAPSUL;SADECE ERİŞKİN VE YAŞLILARDA ENDİKASYONU OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	ENFEROX 500 MG SUDA DAGILABİLEN TABLET (28 TABLET)( TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN MİKROGRAM/L DEĞERLERİ BİLİNMEYEN DOZ AYARLAMASI YAPILAMAZ)	ENFEROX 500 MG SUDA DAGILABİLEN TABLET; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
16	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK ( SUT'UN (MADDE 4.2.41). NOLU MADDESİNE UYGUN OLMAYAN E-RAPOR.)	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(TEDAVİ SÜRESİ 24 HAFTAYA TAMAMLANARAK (HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA) TEDAVİ SONLANDIRILMALIDIR. MART 2020 RAPORUYLA VE MAYIS 2020 REÇETESİNDEN İTİBAREN ARA VERMEDEN REÇETESİZ FATURA EDİLMİŞ )	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
18	TARDEN 20 MG.30 FILM TB.( LDL ÖLÇÜM TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞU İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	TARDEN 20 MG.30 FILM TB;21/02/2022 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
19	SPIRACT 18 MCG İNHALASYON TOZU (30 KAPSUL) (LAMA)( İADE EDİLDİ EKSİK TAMAMLANMADI)	SPIRACT 18 MCG İNHALASYON TOZU ; RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
20	CHALIA 250/250/1/300 MG GASTRO-REZİSTAN TABLET (50 TABLET) ( 254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK	CHALIA 250/250/1/300 MG GASTRO-REZİSTAN TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	RESOURCE 2.0 FİBRE CİLEK AROMALI 190 ML (HASTANIN BUNDAN BAŞKA 2 AYRI BESLENME SOLÜSYONU VAR.TOPLAMDA 2500 KİLOKALORİ İHTİYACI OLDUĞU YAZDIĞINDAN KALAN KİLOKALORİ İHTİYACINA GÖRE GÜNDE 3 ADET ÖDENDİ.)	RESOURCE 2.0 FİBRE CİLEK AROMALI 190 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	BETANORM MR 30 MG 90 TABLET ( RAPORDAKİ DOZU=1*1)	BETANORM MR 30 MG 90 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

23	KETOSTERİL 100 FILM TB.( E-REÇETEDEKİ VE E-RAPORDAKİ ALBUMİN DÜZEYİ 29,1.TEDAVİNİN DEVAMINDA ALBUMİN DÜZEYİ 4'ÜN ÜZERİNE ÇIKAN TÜM HASTALARDA İLAÇ KESİLMESİ GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	KETOSTERİL 100 FILM TB; E-REÇETEDEKİ ALBUMİN DEĞERİ G/L CİNSİNDEN OLDUĞUNDAN VE 4 G/DL'İN ÜZERİNE ÇIKMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
24	RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)( RAPORDA BESLENME SOLÜSYONUNUN İSMİ YOK. )	RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	HAEMATE-P 500 IU IV ENJEKSİYON/INFUZYON İCİN TOZ VE COZUCU( SUT 4.1.5 - 4 GEREĞİ ELEKTRONİK REÇETE UYGULAMASI; KIRMIZI, MOR, TURUNCU VE YEŞİL REÇETELERİN ELEKTRONİK REÇETE OLARAK DÜZENLENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. E-REÇETE İLE İŞLEM YAPILMADIĞI GİBİ FATURA EKİNDE KAĞIT REÇETE DE BULUNMAMAKTADIR.)	HAEMATE-P 500 IU IV ENJEKSİYON/INFUZYON İCİN TOZ VE COZUCU;DİLEKÇE EKİNDEKİ HEKİM BEYANINA GÖRE ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>DEPAKİN SURUP 150 ML ( RAPORDA 2*300MG YAZILI SİSTEME 2*6(1ML=200MG) OLARAK GIRILMIŞ )</li> <li>XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) ( HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA,HASTAYA VERİLEBİLİR HASTA ŞUBAT AYINDA 6. DOZUNU ALMIŞ)</li> <li>JAKAVI 15 MG 56 TB ( 1)POST POLİSTEMİK MİYELOBROSİS - F SPLENOMEGALİSİ BULUNAN -,2) ÇEVRESEL KAN BLAST ORANI % 10'DUR.IBARESİ İLE RAPOR ÇIKARILMIL ANCAK SUT A GÖRE ÇEVRESEL KAN BLAST ORANI&lt;%10 OLAN VE SEMPTOMATİK MASİF SPLENOMEGALİSİ BULUNAN HASTALARDA BEDELI ÖDENMEKTEDİR )</li> <li>PLAVIX 75 MG 28 FTB ( KALP KAPAK BİYOPROTEZİ BULUNAN VEYA ANJİOGRAFİK OLARAK BELGELENMİŞ KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN HASTALARDA BEDELI ÖDENİR )</li> <li>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(AÇIKLAMALAR EKLENME ZAMANI EN AZ ÜÇ AY SÜRE İLE İKS+LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTA OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLMİŞ ANCAK HASTANIN SİSTEMDE BÖYLE BİR TEDAVİ ALDIĞI GÖRÜLMÜYOR )</li> <li>HEDNAVIR 0,5 MG 30 FTB ( HBV DNA SEVİYESİ: 10.000 (104) KOPYA/ML (2.000 IU/ML) VEYA ÜZERİNDE OLAN HASTALARDA KARACİĞER BİYOPSİSİNDE HİSTOLOJİK AKTİVİTE İNDEKSİ (HAI) <sup>36</sup> VEYA FİBROZİS <sup>32</sup> İSE TEDAVİYE BAŞLANABİLİR )</li> <li>FINGYA 0,5 MG 28 KAP( EDSS 5,5 VE ALTINDA OLAN, RELAPS VE REMİSYONLA SEYREDEN GÜNCEL MULTİPL SKLEROZ (MS) HASTALARINDA BEDELI ÖDENİR)</li> <li>PREGOMİN AS 400 GR.TOZ(1.932 KCAL) 1.436,22 RAPORDA GÜNDE 82 GR MAMA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DEPAKİN SURUP 150 ML;1 ML DE 57,64 MG ETKEN MADDE OLDUĞUNDAN RAPORA GÖRE GÜNCE 10.4 ML DOZUNA ÖDENMESİNE.</li> <li>XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>JAKAVI 15 MG 56 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET;RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>HEDNAVIR 0,5 MG 30 FTB;RAPORDAKİ AÇIKLAMA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>FINGYA 0,5 MG 28 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>PREGOMİN AS 400 GR.TOZ; RAPORA EKLENEN DOZDA ÖDENMESİNE.</li> </ul>

	TUKETILECEGI YAZILI YANI GÜNDE (OLÇEK ANCAK SİSTEME 5*8 ÖLÇEK OLARAK GIRILMIŞ SİSTEME GÜNDE 18 ÖLÇEK OLARAK GIRILINDE SİSTEM 7 KUTU BEDELİ ÖDEDİ ZATEN RAPORDA DA AYDA 7 KT TUKETECEGI YAZILI )	
--	--	--