

02.06.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">KEPPRA 1000 MG.50 FILM TABLET (RAPORDAKİ DOZU=2*1000MG /GÜN)TARDEN 10 MG.30 FILM TB.(RAPORDA TAHLİL (LDL SONUCU) MEVCUT DEĞİL.)MADOPAR 125 MG 30 TB (RAPORDAKİ DOZU=4*1)	<ul style="list-style-type: none">KEPPRA 1000MG; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.TARDEN ; 13/10/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.MADOPAR 125 MG 30 TB;GÜNCEL RAPORLARINDA DOZ 4*1 OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDA NÜST İTİRAZ İNCELEME KOMSİYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
2	IBANOS 150 MG 3 FTB (FEMUR WARDS T DEGERI GECERLI DEGİL.)	IBANOS 150 MG 3 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET (RAPORDA KOMBİNE İLAÇ KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)COPLANIN 400 MG IM/IV ENJ COZ ICIN LIYO TOZ ICEREN 1 FLK (İLACIN PROSPEKTÜSÜNE GÖRE 4 AYDAN UZUN SÜRELİ BU İLAÇ KULLANILMAYACAĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">CRESTOR 10 MG.28 TABLET (RAPORDA LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB.(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)	<ul style="list-style-type: none">CRESTOR 10 MG.28 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	REMİCADE SİSTEMDE UYGUN OLAN RAPOR SEÇİLDİ.	REMİCADE ;04/03/2022 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">SYMBICORT FORTE T.HALER 320 9 MCG. (LABA+İKS)(EN AZ 3 AY SÜREYLE İNHALE İKS) VE UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA-AGONİSTLERİ (LABA) VEYA EN AZ 3 AY SÜREYLE, (LABA) VE (LAMA) İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN, SIK ATAK GEÇİREN (YILDA 2 VE ÜZERİ ATAK VEYA 1 VE ÜZERİ YATARAK TEDAVİ) VE DİSPNESİ OLAN (MMRC 2 VE ÜZERİ VEYA CAT SKORU 10 VE ÜZERİ) ORTA-AĞIR KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) OLAN ERİŞKİN HASTALARIN İDAME TEDAVİSİNDE HASTA AYRICA LAMA İNH DE KULLANMAKTADIR.)NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML.(RAPORDAKİ DOZU=2*20)	<ul style="list-style-type: none">SYMBICORT FORTE- RAPOR UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.NOVOMIX-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">ROVARAN 20 MG SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK.)DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET (RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (İADE DÖNÜŞÜ JANUMET İÇİN RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.)VENTOLIN NEBULES 20 NEBUL (RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">ROVARAN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.DIAMICRON - RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.VENTOLIN; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN RAPORSUZ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.JANUMET; RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
	NORDITROPIN NORDIFLEX 10 MG/1.5 ML	NORDITROPIN NORDIFLEX 10 MG/1.5 ML

8	ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM(İLACA BAŞLADIĞI 2020 DEKİ RAPORUYLA BERABER MAMA DA ALDIĞI GÖRÜNDÜĞÜNDEN KESİNTİ YAPILDI.)	ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM ;GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNDEN GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
9	CRESTOR 20 MG.28 TABLET(RAPOR TARİHİ ÖNCESİ STATİN TEDAVİSİ MEVCUT DEĞİLDİR, İDAME TEDAVİ OLARAK UYGUN DEĞİL. RAPOR TARİHİNİN EN FAZLA 6 AY ÖNCESİNE KADAR UYGUN LDL SONUCUNA GÖRE İLACA BAŞLANABİLİR.)	CRESTOR ; LDL TARİHİ UYGUN DEĞİL VE İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	NOVOSEVEN RT 1 MG ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU(E-REÇETE İLAÇ AÇIKLAMASINDA 1 AYLIK DOZ İBARESİ MEVCUT OLDUĞUNDAN DOZ DÜZELTİLDİĞİNDE OTOMATİKMAN OLUŞAN KESİNTİ)	NOVOSEVEN RT 1 MG ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU ; RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE 1 GÜNDE 6 FLK KULLANILACAĞINDAN VE DOKTOR BEYANI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none"> BD MICRO-FINE IGNE UCU PENTAPOINT 32GX4MM (İLAÇTAN FARKLI BİR RAPORLA 5 MM İĞNE UCU ALINIRKEN GEÇMİŞ KULLANIMLA ÇAKIŞIYOR.) CEDRINA 50 MG 30 FTB (HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.RAPOR DOZU KADAR ÖDENİR.) IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI (KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ BELLİ DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> BD MICRO- 5 MML LİK İĞNE UCU 26/06/2021 TARİHİNDE ALINDIĞINDAN ÖDENMESİNE. CEDRINA- 21/02/2022 TARİHİNDE 25 MG LİK FOR VERİLDİĞİNDEN VE RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. IBANOS- KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
12	BEBELAC LF 400 GR.TOZ(2.040 KCAL) (HASTA 5 YASINDA İNEK SÜTÜ PROTEİN ALERJİSİ TESHİSİ MEVCUT .ODENMEZ.)	BEBELAC LF ; İNEK SÜTÜ ALERJİSİNDE 2 YAŞINA KADAR VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
13	IBANOS 150 MG 3 FTB (L1 L4 DEĞERİ UYGUN DEĞİL)	IBANOS 150 MG 3 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL (TEDAVİYE BAŞLANDIKTAN 3 AY SONRA ÜROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN TEDAVİYE YANIT ALINDIĞININ VE TEDAVİYİ KESMEYİ GEREKTİRECEK YAN ETKİLERİN ORTAYA ÇIKMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULU İLE 3 AY DAHA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. TEDAVİYE YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA 6. AYIN SONUNDA TEDAVİ KESİLİR.)	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	ALATAB 600 MG 30 FTB (254 - DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ / DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI...UYARI KODUNU DOĞRULAMAYAN RAPOR.)	ALATAB 600 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	PINGEL 75 MG FILM TB.(HASTALIĞIN ANGIOGRAFİK OLARK BELGELEMESİ GEREKİR.)	PINGEL 75 MG FILM TB.(;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (RAPORDAKİ DOZU=3*8 IU / GÜN)	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLAKON(01.11.2021 TARİHLİ PSÖRİATİK ARTRİT RAPORUNU DEVAMI OLARAK ÇIKAN RAPORA İSTİNADEN ŞİDDETLİ PLAK PSÖRİAZİS RAPORUYLA DEVAM EDİLMİŞ.RAPOR BAŞLANGIÇ VEYA DEVAM KRİTERLERİNİ KARŞILAMIYOR.)	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI YETERSİZ.)	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
	STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZIR

21	STELARA İÇİN TEDAVİNİN DEVAMI İÇİN TEDAVİNİN 28.HAFTASINDA EN AZ %75 PASI DEĞERİNDE İYİLEŞME(28.HAFTADA PASI DEĞERİNDE EN AZ %75 DÜŞME) OLMASI ŞARTI VARDIR FAKAT BU HASTANIN BAŞLANGIÇ PASI DEĞERİ=1 28.HAFTADAKİ PASI DEĞERİ=10'DUR. PASI DEĞERİNDE DÜŞME DEĞİL YÜKSELME OLDUĞU İÇİN ÖDENMEZ.)	ENJEKTOR;23/05/2022 TARİHLİ EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ;(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA; ÖDENİR)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.İCEREN KUL. HAZIR 1 KALEM (ANTI TNF) (İLACA BAŞLAMADAN HASTALIK MODİFİYE EDİCİ İLAÇLARI 3 ER AY KULLANMIŞ OLMASI GEREKİYOR.)	SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.İCEREN KUL. HAZIR 1 KALEM ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	<ul style="list-style-type: none">• FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (RAPORDA SUT A UYGUN DEĞİL.)• REVOLADE 25 MG 14 FTB (HASTA 11/2017 DE İLACA BAŞLAMIŞ VE 2 HAFTA TEDAVİ SONRASI TROMBOSİT DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ,1 HAFTA SONRASI BELİRTİLMİŞ.)• REVOLADE 50 MG 14 FTB (HASTA 11/2017 DE İLACA BAŞLAMIŞ VE 2 HAFTA TEDAVİ SONRASI TROMBOSİT DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ,1 HAFTA SONRASI BELİRTİLMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• FERINJECT-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• RAPOR AÇIKLAMALARINDA GÖRE ÖDENMESİNE.
26	XARELTO 15 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.