

02.12.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">ZOLADEX 3,6 MG SUBKUTAN İMPLANT (RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK)THINCAL 120 MG 84 KAP (RAPORDA 12. HAFTADAKİ DEVAM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">ZOLADEX 3,6 MG SUBKUTAN İMPLANT;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNETHINCAL 120 MG 84 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
2	<ul style="list-style-type: none">INFATRINI 200 ML (200 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK)REMICADE 100 MG KONS. IV INF ÇÖZL. HAZ. İÇİN. LİYOF. TOZ İÇEREN 1 FLK.(RAPOR FORMAT ŞEKLİNDE ÇIKMIŞ. BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ İÇİN UYGUN DEĞİL. İLAÇ GEÇMİŞİ YOK. 18.05.21 DE YAPILAN EKLEME İLK AÇIKLAMAYLA AYNI, 4.AY DEĞERLENDİRMEŞİ OLMAYIP SEHVEN BİR AÇIKLAMA DEĞİLDİR.)	<ul style="list-style-type: none">INFATRINI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEREMICADE 100 MG KONS. IV INF ÇÖZL. HAZ. İÇİN. LİYOF. TOZ İÇEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. ÇÖZL. HAZ. İÇİN. LİYOF. TOZ İÇEREN 1 FLK. (ANTI TNF)(RAPORDAKİ 0.2.6 HAFTALARDA İDİKSİYON 4-8 HAFTA ARA İLE İDAME DOZU MAHALİNDE TEDAVİSİ UYGUNDUR. ŞEKLİNDE BELİRTİLEN TEDAVİ PROTOKOLÜNE GÖRE DOKTOR İLK REÇETeyİ 90 GÜNDE 20 ADET OLARAK YAZMIŞ İDAME TEDAVİYİ ECZANE 418 KODU İLE BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNDEKİ MİKTARIN AYNISINI ÇIKMIŞTIR 8 HAFTA ARA İLE 450 MG OLARAK BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. ÇÖZL. HAZ. İÇİN. LİYOF. TOZ İÇEREN 1 FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE 16 HAFTADA 20 ADET OLACAK ŞEKİLDE İŞLEM YAPILMASINA.
4	BINOCRIT 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ İCİN ÇÖZ İÇEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(HEMOGLOBİN DEĞERİ 10GR/DL ALTINDA İŞE TEDAVİYE BAŞLANIR.)	BINOCRIT 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ İCİN ÇÖZ İÇEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; EPOETİN BAŞLANGIÇ REÇETESİNDE HB DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">TEGELINE-LFB 5 GR.100 ML. (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR. HASTA 80 KG.)TEGELINE 10 G.200 ML (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR. HASTA 80 KG.)	<ul style="list-style-type: none">TEGELINE- İDAME DOZA GÖRE TOTAL 0,8 G* 80 KG = 64 GR HESABIYLA 3 KUTU 10 GR. DOZUN KESİLMESİ GEREKMEKTEDİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
6	<ul style="list-style-type: none">NEOCATE JUNIOR 400 GR (HASTA 2 YAŞINDAN BÜYÜK OLDUĞU İÇİN KESİLDİ.)ILOPERA 10 MCG/ML NEBULAZYON İCİN COZELTI İCEREN 30 AMPUL (RAPORDA 3 AYLIK TEDAVİ SONRASI DEĞERLENDİRME YAPILMAMIŞ.)TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.ILOPERA 10 MCG/ML NEBULAZYON İCİN COZELTI İCEREN 30 AMPUL;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.NEOCATE JUNIOR; İLİŞKİLİ RAPORDA VE ÖNCEKİ RAPORLARDA İNEK SÜTÜ ALERJİSİ AÇIKLAMASI BULUNDUĞUNDAN VE İKİ YAŞ GEÇİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
7	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (INFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE KULLANILIR. GÜNCEL KG.E-RAPORA EKENMELİDİR ŞEKLİNDE İADE MESAJI	INFATRINI 200 ML,İADE SONRASI RAPORA EKLEME YAPILMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ

	GÖNDERİLMİŞ FAKAT EKSİKLİĞİN TAMAMLANAMADIĞI MESAJI İLE GERİ BİLDİRİM YAPILMIŞTIR)	KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
8	CLOGAN 75 MG 28 FTB (RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK)	CLOGAN 75 MG 28 FTB; RAPORDA ANJİOGRAFI İLE İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	<ul style="list-style-type: none"> MILUPA OS 1 500 G(RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ ‘‘ UYARISI VERMİŞTİR.) MILUPA BASIC-P 400 G(BASIC P 400 GR MAMA) (RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ ‘‘ UYARISI VERMİŞTİR.) BEBELAC PEPTI JUNIOR 450 GR.TOZ(2.318 KCAL) (RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ ‘‘ UYARISI VERMİŞTİR.) FONTAMALT 400 GR.(1520 KCAL)(RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ ‘‘ UYARISI VERMİŞTİR.) INFATRINI 200 ML (200 KCAL) (RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ ‘‘ UYARISI VERMİŞTİR.) CIMZIA 200 MG/ML SC STREIL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE YENİDEN BAŞLARKEN BAŞLAMA KRİTERİ EKSİK BELİRTİLMİŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> CIMZIA 200 MG/ML SC STREIL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. REÇETEDeki MAMALARIN DOZU RAPORDAKİNE GÖRE DÜZELTİLMİŞTİR. BİTİŞ TARİHLERİ UZADIĞINDAN 14/09/2021 DE 418 İLE VERİLEMEYECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. INFATRINI 200 ML;RAPOR DOZUNA GÖRE GÜNDE 1*2,5 OLARAK ÖDENMESİNE.
10	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML (200 KCAL)(DOĞUMDAN İTİBAREN 8 KG VEYA 18 AYLIK OLANA KADAR KULLANILMADIR. PANDEMİ BOYUNCA REÇETESİZ ALMIŞ.)	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML; 8 KG VEYA 18 AYLIK OLANA KADAR KULLANILABİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
11	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(HASTANIN TEDAVİSİ 0. GÜN (İLK GÜN) 160 MG SUBKUTAN ADALİMUMAB, 14. GÜN 80 MG. SUBKUTAN ADALİMUMAB VE TAKİP EDEN HER 14 GÜNDE BİR 40 MG. SUBKUTAN ADALİMUMAB ŞEKLİNDE UYGULANIR)	HUMIRA ; RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE İDAME TEDAVİ İÇİN 14 GÜNDE 1*1 GİRİLDİĞİNDEN RAPOR BİTİŞ TARİHİNE GÖRE 3 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
12	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF) (İLCA AİT DEĞERLENDİRME YAPILMAMIŞ.)	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	KIOVIG 5 GR/50 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM İÇİN COZELTI İCEREN FLK (TEŞHİS UYGUN / YETERLİ DEĞİL (SUT 4.2.12.B D) YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARDA ANTİBİYOTİK TEDAVİSİNE YARDIMCI OLARAK ŞİDDETLİ BAKTERİYEL ENFEKSİYONLARININ (SEPSİS VE SEPTİK ŞOK) TEDAVİSİNDE)	KIOVIG; 05/11/2021 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	PREGOMIN AS 400 GR.TOZ(1.932 KCAL) (RAPORA GÖRE; 3 AYLIK İLAÇ TÜKETİMİ 26 KUTUDUR VE KAL İHTİYACI İSE 602 OLUP; BU ŞARTLARDA 1 AYLIK DOZU KESİLMİŞTİR. ÇÜNKÜ HASTAYA 08-11-2021 TARİHİNDE TEKRAR AYNI İLAÇTAN YAZILMIŞ.)	PREGOMIN AS 400 GR.TOZ; 08/11/2021 TARİHLİ REÇETE SİLİNDİĞİNDEN RAPORDAKİ GÜNLÜK 120 GR DOZUNA GÖRE GÜNDE 1*26 ÖLÇEK DOZUNA GÖRE GİRİLEREK TEKRAR İŞLEM YAPILMASINA
15	EXJADE 500 MG SUDA DAĞILABİLEN 28(PROSOPEKTÜSE GÖRE ‘‘SERUM FERRİTİN DÜZEYLERİ SÜREKLİ OLARAK 500 MİKROGRAM/L’NİN ALTINDA BULUNURSA, TEDAVİYE ARA VERİLMESİ DÜŞÜNÜLMESİ’’ GEREKTİĞİNDEN,TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN MİKROGRAM/L DEĞERLERİ BİLİNMEYEN DOZ	EXJADE 500 MG SUDA DAĞILABİLEN 28; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.

	AYARLAMASI YAPILAMAZ)(2020 RAPORU ÜZERİNE AÇIKLAMA EKLENMİŞ ANCAK İLK RAPOR DEĞERİ VE TARİH KOPYALANMIŞ)	
16	<ul style="list-style-type: none"> ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR) ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	JAKAVI 20 MG 56 TB (RAPORDA DALAK BOYUTUNDAKİ SON DURUM BELİRTİLMEMİŞ.)	JAKAVI 20 MG 56 TB;DALAK BOYUTUNDA VEYA DİĞER SEMPOTMLARDA İYİLEŞME GÖRÜLDÜĞÜ YETERLİ OLDUĞUNDAN VE RAPORDA BU DURUM BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
18	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON (YENİ PASI DEĞERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE BAŞLANGIÇ RAPORU OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ VE ÖDENMESİNE.
19	KIOVIG 10 GR/100 ML IV İNFÜZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTİ İCEREN FLK (PROSPEKTÜSTE ÖNERİLEN DOZA (ÖNERİLEN BAŞLANGIÇ DOZU BİR SEFERDE VERİLEN 0,4-0,8 G/KG İNFÜZYONU TAKİBEN HER 3-4 HAFTADA BİR UYGULANAN...) GÖRE DOZ DÜZELTİLDİ.)	KIOVIG ; 24/11/2021 TARİHİNDEKİ EN SON EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	LIPITOR 20 MG.30 TB. (HAS. RAP. ÖNCE İLAÇ ALMAMIŞ. İDAME TED. DEĞİL 2016 LDL MEVCUT)	LIPITOR; RAPOR ÖNCESİ 09/12/2016 TARİHLİ RAPORUYLA 6 AY ARA VERMEDEN İLAÇ KULLANIMI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
21	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON(1- REÇETEDe HBSAG VEYA HBV DNA SONUÇLARI YOK. 2- RAPOR DOZU (1.000 IU) AŞILMIŞ)	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ;İLGİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	FUCİDİN POMAD 20 GR. (REÇETE İADE EDİLEREK GÜNDE KAÇ GRAM FUCİDİN POMAD KULLANDIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ İSTENMİŞTİR ANCAK İADE İLE RAPOEDA BELİRTİLMESİ İSTENEN BİLGİ OLMADIĞI İCİN 5 GÜNDE 1 ADET OLARAK BEDELİ ÖDENMİŞTİR)	FUCİDİN POMAD 20 GR ;RAPORDAKİ AYLIK DOZA GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none"> TEGELİNE-LFB 5 GR.100 ML. (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR. DEVAM TEDAVİSİ HASTA VA: 67.5 KG. 70 G İG ÖDENDİ. AYRICA BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT RAPORDA YAZILMAMIŞ.) TEGELİNE 10 G.200 ML (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR. DEVAM TEDAVİSİ HASTA VA: 67.5 KG. 70 G İG ÖDENDİ. AYRICA BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT RAPORDA YAZILMAMIŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.