

03.08.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	UMAN ALBUMİN %20 100 ML FLAKON(REÇETEYE ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİ EKLENMELİDİR GEREKÇESİYLE 29.05.2023' TE İADE YAPILMIŞ VE 05.06.2023' TE ECZANE CEVABINDA REÇETE EKSIKLİKLERİNİN GİDERİLDİĞİ BELİRTİLMİŞTİR. EKLENEN ALBÜMİN ÖLÇÜMÜ REÇETE TARİHİNDEN SONRADIR.)	UMAN ALBUMİN %20 100 ML FLAKON; İADE SONRASI RAPORA REÇETE TARİHİNDEN SONRAKİ(14/04/2023)TAHLİL SONUCU EKLİNEĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(HASTANIN VKİ 31,2 DİR SUT HÜKMÜNE GÖRE 70 YAŞ ALTINA VKİ DEĞERİ 20,1 OLMALIDIR)FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(HASTANIN VKİ 31,2 DİR SUT HÜKMÜNE GÖRE 70 YAŞ ALTINA VKİ DEĞERİ 20,1 OLMALIDIR)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE GLUTAMİN 100 G VE FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML;RAPOR İLAVE DEĞER BİLGİLERİ BÖLÜMÜNDE HASTA BOYU 1,60,KİLO 80 KG İBARESİNE VE ÖNCEKİ RAPORLARDAKİ KİLO BİLGİSİNE GÖRE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	IBANOS 150 MG 3 FTB(T SKORU DEĞERİ UYGUN DEĞİL)	IBANOS 150 MG 3 FTB; KMY ÖLÇÜM SONUCU UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	BENVİDA 150 MG 56 FTB(LAKOZAMİD; 16 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ PARSİYEL BAŞLANGIÇLI EPİLEPSİ HASTALARINDA İKİNCİL JENERALİZE OLAN VEYA OLMAYAN NÖBETLERİN TEDAVİSİNDE, EN AZ İKİ ANTİEPİLEPTİK İLACIN EN AZ 6 AY SÜREYLE TEK BAŞINA VEYA KOMBİNE KULLANIMINDAN SONRA TEDAVİYE YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA EK TEDAVİ VEYA MONOTERAPİ OLARAK, BU DURUMLARIN BELİRTİLDİĞİ NÖROLOJİ UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM UZMAN HEKİMLERCE REÇETE EDİLEBİLİR.	BENVİDA 150 MG 56 FTB; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL)YANLIŞ RAPOR SEÇİLMİŞ.İLGİLİ RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	FORTİNİ 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİLEK AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA YAZILAN BESLENME SÖLUSYONUNDAN FARKLI BİR BESLENME SÖLUSYONU VERİLMİŞTİR.)	FORTİNİ 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİLEK AROMALI ;VERİLEN MAMA FARKLI OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)RESOURCE PROTEİN CİLEK AROMALI 200 ML(250 KCAL)(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZİR 5 ENJEKTOR(HEMOGLOBİN DEĞERİ 11 GR/DL'NİN ALTINDA OLAN HASTALARDA TEDAVİYE BAŞLANIR.REÇETEDE HASTA KG VE HAFTADA KULLANMASI GEREKEN ÜNİTE BELİRTİLMEMİŞTİR.)	EPORON; HEMOGLOBİN DEĞERİ 11 GR/DL'NİN ALTINDA TEDAVİYE BAŞLANABİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
9	EXETU 25 MG 30 FİLM KAPLI TABLET (RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)	EXETU 25 MG 30 FİLM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE PROTEİN KAYISI AROMALI 200	<ul style="list-style-type: none">24/05/2023 TARİH SAYILI RAPORA

10	<p>ML(250 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL) • (RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.) 	EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
11	<p>RONSENGLOB %5 100 ML IV INF ICIN COZELTI ICEREN FLK(RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE DOZ 28 GÜNLÜK PERİYOT OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDE OTOMATİKMAN OLUŞAN KESİNTİ. İLK IVIG ALIMI OLAN HASTANIN PRİMER İMMÜN YETMEZLİĞİ OLMADIĞI İÇİN 20.00 TEŞHİS KODUYLA İŞLEM YAPILMAMIŞTIR. 08.01.10 TEŞHİS KODU 3 GÜNLÜK OLARAK DÜZENLEMİŞTİR.)</p>	RONSENGLOB %5 100 ML IV INF ICIN COZELTI ICEREN FLK; İLACIN ENDİKASYONUNA VE RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE 4 HAFTADA 1 GÜN KULLANILACAĞINDAN ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none"> • ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(RAPORDA SUT A UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.) • RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(RAPORDA SUTTA İSTENEN MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.) • RESOURCE PROTEIN CILEK AROMALI 200 ML(250 KCAL)(RAPORDA SUTTA İSTENEN MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<p>ALATAB 600 MG 30 FTB(254 DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATI KODU İLE GİRİLMİŞ ANCAK REÇETEDE GEREKLİ AÇIKLAMA BULUNMAMAKTADIR.)</p>	ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORSUZ E-REÇETEDE UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA YER ALMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	<ul style="list-style-type: none"> • REVOLADE 50 MG 14 FTB(HASTANIN TROMBOSİT SAYISI UYGUN DEĞİL.) • ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET(RAPORDA EN AZ 1 HAFTA ARA İLE YAPILMIŞ 2 LDL SONUCU YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> • REVOLADE 50 MG 14 FTB;BAŞLANGIÇ RAPORUNDA TROMBOSİT DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • ALVASTIN; RAPORDA EN AZ 1 HAFTA ARA İLE YAPILMIŞ 2 LDL SONUCU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	<p>PLAVIX 75 MG 28 FTB(RAPORDA HASTANIN HANGİ DURUMUNUN OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.TIKAYICI PERİFERİK ARTER HASTALIĞI VEYA İSKEMİK İNME)</p>	PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<p>BENVIDA 200 MG 56 FTB(LAKOZAMİD; 16 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ PARSİYEL BAŞLANGIÇLI EPİLEPSİ HASTALARINDA İKİNCİL JENERALİZE OLAN VEYA OLMAYAN NÖBETLERİN TEDAVİSİNDE, EN AZ İKİ ANTİEPİLEPTİK İLACIN EN AZ 6 AY SÜREYLE TEK BAŞINA VEYA KOMBİNE KULLANIMINDAN SONRA TEDAVİYE YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA EK TEDAVİ VEYA MONOTERAPİ OLARAK, BU DURUMLARIN BELİRTİLDİĞİ NÖROLOJİ UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM UZMAN HEKİMLERCE REÇETE EDİLEBİLİR.)</p>	BENVIDA 200 MG 56 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<p>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN ŞARTLAR EKSİK.)</p>	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<p>HYQVIA 5 G /50 ML SC KULLANIM ICIN INFUZYONLUK COZELTI ICEREN 2 FLAKON(SUT 4.2.12.B-1) G) (ANTİKOR ÜRETİM BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLDÜĞÜ PRİMER İMMÜN YETMEZLİK SENDROMLARINDA) GEREĞİ RAPORA D80.9 ICD KODU EKLENMEK ÜZERE İADE EDİLDİ. DÜZELTME YAPILMADI.)</p>	HYQVIA 5 G /50 ML SC KULLANIM ICIN INFUZYONLUK COZELTI ICEREN 2 FLAKON; İADE SONRASI İLGİLİ ICD-10 KODU EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
19	<p>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA ENDİKASYON EKSİK.)</p>	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

20	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK) ZARZIO 48 MU/0.5 ML ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (5 ENJEKTOR)(RAPORDA UYGUN ENDİKASYON YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE GLUTAMİN 100 G; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ZARZIO 48 MU/0.5 ML ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; KANSER TANISI RAPORUYLA KEMOTERAPİ ALDIĞINDAN VE AÇIKLAMALAR KISMINDA NÖTROFİL SAYISININ DÜŞÜK OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
21	CLOGAN 75 MG 28 FTB(30/06/2023'TEN SONRA RAPOR YENİLENMELİ (1 KUTU ÖDENDİ))	CLOGAN 75 MG 28 FTB; KLOPİDOGREL RAPORLARI MAKSİMUM 1 YIL SÜRELİ DÜZENLENEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> SYNJARDY 12,5MG/1000 MG 60 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN ŞARTLAR YAZMIYOR.) VILDABET 50 MG TABLET (56 TABLET)(RAPORDA SUTTA İSTENEN ŞARTLAR YAZMIYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none"> TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(RAPOR UYGUN DEĞİL.) JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET(RAPOR UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	PERFOSE 800 MG 180 FTB(REÇETEDE 02/06/2023 P:3.4 MG/DL - YAZILI SUT FOSFOR DÜZEYİ 3.5MG/DL'NİN ALTINDA OLDUĞU DURUMLARDA TEDAVİ KESİLİR (MADDE 4.2.9.B/3).)	PERFOSE 800 MG 180 FTB; 13/06/2023 TARİHLİ EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none"> KEPPRA -(RAPOR DOZU MG CİNSİNDEN ÇIKMIŞ.ML OLARAK DEĞERLENDİRİLDİ.RAPORDA DOZ DÜZELTMESİ GEREKLİ.) LUCENTIS -(SUT'UN 4.2.33/3 MADDESİNDE BELİRTİLEN TEDAVİNİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRME KRİTERLERİNİN TAMAMI; İDAME TEDAVİ OLDUĞU İÇİN BİR ÖNCEKİ MUAYENEDE TESPİT EDİLEN DEĞERLENDİRME KRİTERLERİYLE MUKAYESE EDİLEREK RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.) EYLEA-(SUT'UN 4.2.33/3 MADDESİNDE BELİRTİLEN TEDAVİNİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRME KRİTERLERİNİN TAMAMI; İDAME TEDAVİ OLDUĞU İÇİN BİR ÖNCEKİ MUAYENEDE TESPİT EDİLEN DEĞERLENDİRME KRİTERLERİYLE MUKAYESE EDİLEREK RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.AYRICA SAĞ-SOL RAPORLARI ÇIKARKEN DİĞER GÖZ İÇİN SIVI OLMADIĞI BELİRTİLİYOR.) LUCENTIS -(SUT'UN 4.2.33/3 MADDESİNDE BELİRTİLEN TEDAVİNİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRME KRİTERLERİNİN TAMAMI; İDAME TEDAVİ OLDUĞU İÇİN BİR ÖNCEKİ MUAYENEDE TESPİT EDİLEN DEĞERLENDİRME KRİTERLERİYLE MUKAYESE EDİLEREK RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.) REVOLADE-(RAPOR TANISIYLA ENDİKASYON DIŞI UYUMSUZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> KEPPRA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE GÜNDE 2*6 ML DOZUNDAN ÖDENMESİNE. LUCENTIS; 28/01/219 TARİHİNDEN ÖNCE TEDAVİYE BAŞLAYAN HASTADA RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. EYLEA- 28/01/219 TARİHİNDEN ÖNCE TEDAVİYE BAŞLAYAN HASTADA RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. LUCENTIS -28/01/219 TARİHİNDEN ÖNCE TEDAVİYE BAŞLAYAN HASTADA RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. REVOLADE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

26	<ul style="list-style-type: none"> REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLK (ANTI TNF)(TEDAVİNİN 4 ÜNCÜ AYINDA TEDAVİYE CEVAP ALINAMAMASI DURUMUNDA TEDAVİ KESİLİR.) EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR(HB SEVİYESİ 12 GR/DL'Yİ AŞINCA TEDAVİ KESİLİR.HEMOGRAM SONUÇ BELGESİ TARİHİ VE SONUCU REÇETEDE BELİRTİLİR.(TARİH VE DEĞER UYGUN DEĞİL)) 	<ul style="list-style-type: none"> REMSIMA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. EPORON; E-REÇETEDE HGB 11.5 VG/DL (23.06.23) OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
27	ENSURE 2 CAL CILEK AROMALI 200 ML (400 KCAL)(SİSTEMDE KAYITLI MALNÜTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN HASTALIK VEYA TRAVMA BULUNAMAMIŞTIR)	ENSURE 2 CAL CILEK AROMALI 200 M; SİSTEMDE KAYITLI MALNÜTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN HASTALIK VEYA TRAVMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
28	ABILIFY 1 MG/ML ORAL SOLUSYON 150 ML(ATİPİK OTİZM DE ENDİKASYON DIŞIDIR.)	ABILIFY 1 MG/ML ORAL SOLUSYON 150 ML; ENDİKASYON UYUMU ARANDIĞINDAN VE OTİZM DE (6-17 YAŞ) VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
29	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLAKON(23.05.2023 TARİHLİ RAPORDA; 'HASTA SEKUKİNUMAB TEDAVİSİNDEN FAYDA GÖRMEDİĞİNDEN TEDAVİ DEĞİŞİKLİĞİ YAPILMIŞTIR.' İFADESİNE GÖRE İŞLEM YAPILMIŞTIR.)	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLAKON; REÇETE TARİHİNDEN ÜÇ GÜN ÖNCE VERXANT TEDAVİSİNDEN FAYDA GÖRÜLEMEDİĞİ İLE İLGİLİ RAPOR DÜZENLENDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
30	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI YETERSİZ.)	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML; RAPORDA HASTANIN VÜCUT AĞIRLIĞI VE BOYU -2SD'NİN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
31	FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB KMY UYGUN DEĞİL.RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.FRAKTUR KIRIĞI UYGUN DEĞİL.)	FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA SUT A UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.)	RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML; RAPORDA YASINA GÖRE BOY VE KILO GELİŞİMİ <-2 SDS ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
33	ALIPZA 2 MG FILM TABLET(HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE YENİ LDL SONUCU YAZMIYOR.)	ALIPZA 2 MG FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	PANOCER 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TABLET(RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)	PANOCER 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
35	ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET(RAPORDA LDL SONUCU YAZMIYOR.)	ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
36	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(L2-L4 :-2,5 İLE ÖDENMEZ)	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET; EKLENEN KMY ÖLÇÜM SONUCU İLE İLGİLİ BELGE SUNULMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE