

03.12.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İtiraz Konusu	Komisyon Kararı
1	ENTYVIO 300 MG INF COZ KONS ICIN TOZ (RAPORDA HASTA ONAY FORMU BELİRTİLMEMİŞ)	ENTYVIO 300 MG INF COZ KONS ICIN TOZ ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
2	SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.ICEREN KUL. HAZIR 1 KALEM (Rapor başlangıç tarihinde romatoid artirit tanısı ile ilaç kullanımına 6 aydan uzun süre ara verilmiştir.)	SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.ICEREN KUL. HAZIR 1 KALEM ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	<ul style="list-style-type: none">LAROXYL 10 MG 30 DRJ (TRISIKLIK) (Sağlık Bakanlığı Ek Onayı Alınmadan Kullanılabilecek Endikasyon Dışı İlaç kullanım kılavuzuna göre bu teşhiste rapor gerekmektedir)MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZAT (Reçetede primer enurezis nokturna teşhisi olmadığı halde 243 uyarı kodu seçilerek kaydedilmiştir)	<ul style="list-style-type: none">LAROXYL 10 MG 30 DRJ ; S.B. EK ONAY ALINMAYACAK EDN. DIŞI PSİKİYATRİ İLAÇLARI LİSTESİNE GÖRE PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ YAZMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE.MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZAT ; E-REÇETEDEKİ F98 TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE
4	<ul style="list-style-type: none">ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET (RAPOR UYGUN DEĞİL.İDAME TEDAVİ DEĞİL İLACA ARA VERİLMİŞ.)LIPITOR 10 MG.30 FILM TB. (KMY ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.İDAME TED.DEĞİL.)ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB. (RAPOR AÇIKLAMASI ENDİKASYON UYUMUNU SAĞLAMİYOR.)	<ul style="list-style-type: none">ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET ; SON 1 YILLIK İLAÇ GEÇMİŞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLDİĞİNDE ÖDENMESİNELIPITOR 10 MG.30 FILM TB. ; TAHLİL TARİHİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNEARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB ; 20/08/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE
5	<ul style="list-style-type: none">EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB (raporda ilaç için açıklama yok)DIDERAL 40 MG 50 TB (rapordaki doza göre düzeltildi)	<ul style="list-style-type: none">EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEDIDERAL 40 MG 50 TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
6	<ul style="list-style-type: none">BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)PLETAL 100 MG 60 TABLET (raporda klass 3 veya 4 semptomları olup olmadığı belli değil.)	<ul style="list-style-type: none">BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEPLETAL 100 MG 60 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
7	<ul style="list-style-type: none">TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET (İLGİLİ UYARI KODU RAPORDA YOK.254)VENTOLIN NEBULES 20 NEBUL (HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.4*2 DOZDA İNHALER KULLANILİYOR.)GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET (5 TABLET) (6 KUTU REÇETESİZ KRONİK HAST.OLARAK GİRİLMİŞ.)URSACTIVE 250 MG 100 KAP (RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)GALVUS 50 MG 56 TAB (RAPOR AÇIKLAMASI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEVENTOLIN NEBULES 20 NEBUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEGRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET (5 TABLET) ; AYNI AY İÇİNDE 8 KUTU ALINDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNEURSACTIVE 250 MG 100 KAP ; RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNEGALVUS 50 MG 56 TAB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	<ul style="list-style-type: none">ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET (HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE YENİ LDL SONUCU YOKEXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB 108,08 RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.	<ul style="list-style-type: none">ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET ; İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN VE LDL TARİHİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNEEXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
9	ABYGA 250 MG TABLET (120 TABLET) (raporda progresyon olmadığı belirtilmemiş ve radyoloji,patoloji veya sitoloji raporuyla ilgili bilgi verilmemiş.)	ABYGA 250 MG TABLET (120 TABLET) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (katılım paylı ödendi)	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 ; 09/01/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE
11	PULCET 40 MG.28 ENTERİK KAPLI TB. (RAPORDA ICD10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)	PULCET 40 MG.28 ENTERİK KAPLI TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	<ul style="list-style-type: none">LYRICA 150 MG 56 KAPSUL (RAPORDAKİ ICD-10 KODU UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">LYRICA 150 MG 56 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 15 MG 28 FTB (orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda;Ödenebilir olduğundan) 	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 15 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (RAPORDAKİ KİLOKALORİ MİKTARINA GÖRE ÖDENDİ.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) ; RAPORDAKİ 1650 KCAL DOZUNA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
15	<ul style="list-style-type: none"> FRESUBIN YOCREME KAYISI-SEFTALI AROMALI (4X125 G) (750 KCAL) (rap. 2*1) FRESUBIN ENERGY DRINK CİKOLATA AROMALI (1X200ML)(300 KCAL) (rap 2*1) 	FRESUBIN YOCREME KAYISI-SEFTALI AROMALI - FRESUBIN ENERGY DRINK CİKOLATA AROMALI ; 10/02/2020 TARİHLİ GÜNCEL RAPORDA HER İKİ MAMA DOZU 2*1 OLDUĐUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
16	PREGOMIN AS 400 GR.TOZ(1.942 KCAL) (Hasta 3 yaşında olduğundan pregomin mama kullanımı ödenmez.)	PREGOMIN AS 400 GR.TOZ(1.942 KCAL) ; İNEK SÜTÜ ALERJİSİ TANISINDA 2 YAŞINA KADAR KULLANILABİLECEĞİNDEN VE REÇETE TARİHİNDE 2 YAŞINDAN BÜYÜK OLDUĐUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
17	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL) (hastanın yaşı 19 olduğu için malnütrisyon tanımı uygun değil)	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL) ; GASTROTOMİ DURUMUNDA MALNUTRİSYON ARANMAYACAĐINDAN ÖDENMESİNE
18	TARDEN 20 MG.30 FILM TB. (TEK BAŞINA LDL YETERLİ DEĞİL.	TARDEN 20 MG.30 FILM TB. ; TEK LDL SONUCU OLDUĞU VE EK HASTALIĐI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
19	<ul style="list-style-type: none"> FLIXOTIDE INHALER 125 MCG.120 DOZ (İKS) (rapor dozu 2*1) GRANOCYTE 34 MUENJEKSİYONLUK/İNFUZYONLUK LIYOFİLİ (doktor kemoterapiden sonra 5 kutu olarak reçete etmiş.eczane tarafından 418 koduyla sürekli 25 er kutu verilmiş.) GRANOCYTE 34 MUENJEKSİYONLUK/İNFUZYONLUK LIYOFİLİ (doktorun yazdığı reçetelerde en fazla 2 kutu yazılmış.eczane 418 koduyla fazla miktarda ilaç vermiş) ATOR 20 MG.30 TB. (Idl değeri raporda belirtilmemiş) FRAVEN 30 MIU/0,5 ML IV İNFUZYON/SC ENJEKSİYON İCİN COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR (hastaya daha önce kemoterapiden sonra 1 kutu yazılmış.eczane tarafından 418 koduyla 5 kutu verilmiş) XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (hiç ara vermeden ilaca devam edilmiş) XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (rapor ilaç 12 hafta süreyle kullanılacak diye çıkarılmış.12 haftanın sonunda 418 kodu ile ilaca devam edilmiş) 	<ul style="list-style-type: none"> FLIXOTIDE INHALER 125 MCG ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE GRANOCYTE 34 MUENJEKSİYONLUK/İNFUZYONLUK LIYOFİLİ ; DOKTOR REÇETESİNDEKİ DOZ VE ADETTE ÖDENMİŞTİR.İTİRAZIN REDDİNE GRANOCYTE 34 MUENJEKSİYONLUK/İNFUZYONLUK LIYOFİLİ ; DOKTOR REÇETESİNDEKİ DOZ VE ADETTE ÖDENMİŞTİR.İTİRAZIN REDDİNE ATOR 20 MG.30 TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE FRAVEN 30 MIU/0,5 ML IV İNFUZYON/SC ENJEKSİYON İCİN COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR ; DOKTOR REÇETESİNDEKİ DOZ VE ADETTE ÖDENMİŞTİR.İTİRAZIN REDDİNE XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	MICTONORM 45 MG SR SUREKLİ SALIMLI 30 KAPSUL (275 - Oral Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalar)	MICTONORM 45 MG SR SUREKLİ SALIMLI 30 KAPSUL ; E-REÇETEDE ORAL OKSİBUTİNİN İNTOLERANSI BELİRTİLMEDIĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE