

## 05.01.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	NEXAVAR 200 MG 112 FTB (LOKAL İLERİ VEYA METASTATİK OLMASI ŞARTI İLE ÖDENİR)	NEXAVAR 200 MG 112 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTİPEN(LANTUS'UN RAPORDAKİ DOZU GÜNDE 1*50 FAKAT REÇETEYE GÜNDE 1*52 OLARAK GİRİLMİŞTİR. REÇETEDEKİ LANTUS RAPORA UYGUN OLARAK GÜNDE 1*50 ŞEKLİNDE DEĞİŞTİRİLİNCE SİSTEM 2 KUTU LANTUS'DAN 1 KUTUYU KESMİŞTİR.)	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR; RAPOR DOZU 50 Ü YE GÖRE DÜZELTİLDİĞİNDE İLK ALIM OLDUĞUNDAN 1 AYLIK DOZDA 1 KUTU ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
3	COFACT 500 IU 1 FLK(END DIŞI İZİN 2 AYLIK OLARAK DÜZENLENMİŞ OLUP 1 AYLIK DOZU KASIM AYINDA ALMIŞTIR)	COFACT 500 IU 1 FLK;END DIŞI İZİN 2 AYLIK OLARAK DÜZENLENMİŞ OLUP 1 AYLIK DOZU KASIM AYINDA ALDIĞINDAN BİR AYLIK DOZ ÖDENMİŞTİR.İTİRAZIN REDDİNE
4	ARANESP 80 MCG 4 KULL HAZIR SIRINGA (REÇETeyİ YAZAN DOKTORUN HEMODİYALİZ SERTİFİKASI YOKTUR VE HASTANIN HB DEĞERİ BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE UYGUN DEĞİL İDAME TEDAVİSİDİR, YAZILAN 80 MG İLAÇ UYGUN DEĞİLDİR.)	ARANESP 80 MCG 4 KULL HAZIR SIRINGA;RAPOR VE REÇETE SUTUN 4.2.9.A-2 MYELODİSPLASTİK SENDROM ENDİKASYONUNDA ŞARTLARINA UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none"><li>TİODİK 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)</li><li>BETANORM MR 60 MG 60 TB(RAPOR DOZU 1*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TİODİK 600 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>BETANORM MR 60 MG 60 TB;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li></ul>
6	BINOCRIT 5000 IU/0,5 ML SC/IV ENJEKSİYON İCİN COZELTİ İCEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(REÇETEDE BELİRTİLEN KİLO VE GÜNLÜK DOZA GÖRE DOZ DÜZELTİLDİ)	BINOCRIT 5000 IU/0,5 ML SC/IV ENJEKSİYON İCİN COZELTİ İCEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR;E-REÇETEDEKİ DOZA GÖRE 68 KG *73,5294 Ü HAFTADA 5000 Ü GİRİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
7	LİPİTOR 20 MG.30 TB.(TEK TAHLİL LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)	LİPİTOR 20 MG.30 TB.(:RAPORA YAPILAN EKLEMeye VE MEDULA HASTANE SİSTEMİNDE İLGİLİ TANI BULUNDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE
8	FORTİNİ MULTİ FİBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İCİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (<-2SD) OLMALIDIR.)	FORTİNİ MULTİ FİBRE CİLEK 200 ML; RAPORDA BOY VE KİLO GELİŞİMİ STANDART -2 SAPMANIN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
9	LAMİDE 200 MG 56 FILM KAPLI TABLET(LAMİDE İCİN 06.12.2022 TARİHİNDE "SUT'UN 4.2.25/4 MADDESİNDEKİ LAKOZAMİD KULLANIM KOŞULLARI HASTADA MEVCUT İSE RAPORA EKLENMESİ İCİN İADE EDİLDİ FAKAT EKSİKLİK GİDERİLEMEDİĞİ İCİN ÖDENMEZ.)	LAMİDE 200 MG 56 FILM KAPLI TABLET ; 15/03/2022 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE
10	CİMZİA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(HASTANIN İLACA DEVAM ETMESİ İCİN DEVAM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	CİMZİA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	ALATAB 600 MG 30 FTB (254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS YOK)	ALATAB 600 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	CEDRİNA 25 MG.30 FILM TABLET(CEDRİNA RAPORDAKİ ALZHEİMER HASTALIĞI TEŞHİSİNDE G30.8 ICD-10 KODU İLE ÖDENMEZ.)	CEDRİNA 25 MG.30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	REFACTO AF 500 IU IV ENJ. COZ. IC. TOZ VE COZUCU 1 FLAKON(REÇETEDE KANMAYA DAİR BİLGİ OLMAMAKLA BİRLİKTE AYNI GÜN KANAMA İCİN DÜZENLENEN 08.01.13.1 TEŞHİS KODLU RAPOR	REFACTO AF 500 IU IV ENJ. COZ. IC. TOZ VE COZUCU 1 FLAKON;09/12/2022 TARİHLİ ONAYLANAN RAPORA GÖRE İŞLEM YAPILMASINA

	BAŞHEKİMLİK ONAYI ALMAMIŞ VE İÇERİĞİ DE EKSİKTİR. PROFLAKSİ RAPOR DOZUNA GÖRE HESAPLANDI. RAPOR BİTİM SÜRESİNDEN DOLAYI OTOMATİKMAN OLUŞAN KESİNTİ)	
14	<ul style="list-style-type: none"><li>• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTORHASTANIN SOL GÖZÜNE BEVACİZUMAB UYGULANMADAN LUCENTİS BAŞLANMIŞ)</li><li>• EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(SOL GÖZE BEVACİZUMAB UYGULANMAMIŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELT; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION;SOL GÖZE 22/03/2019 TARİHİNDE BEVACİZUMAB TEDAVİSİ ÖNCESİ EYLEA TEDAVİSİ BAŞLANDIĞINDAN VE 05/08/2022 TARİHİNDE HER İKİ GÖZÜNE EYLEA YAPILDIĞINDAN VE AYNI GÜN BEVACİZUMAB YAPILAMAYACAGINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>