

05.08.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	DROPOETİN 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ İÇİN ÇÖZ İÇEREN KULL HAZIR 6 ŞIRINGA (UYGUN TSAT VEYA FERRİTİN VE HG DEĞERİ İLE ALINAN İLAÇ)	DROPOETİN 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ İÇİN ÇÖZ İÇEREN KULL HAZIR 6 ŞIRINGA; KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	<ul style="list-style-type: none">• SYSTANE LUBRIKANT 15 ML GOZ DAMLASI(RAPOR DOZUNU AŞIYOR.)• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (24 HAFTANIN SONUNDA ARA VERİLMEYEN İLACA DEVAM EDİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR;RAPOR YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• SYSTANE LUBRIKANT 15 ML GOZ DAMLASI;İKİ FARKLI SUNİ GÖZ YAŞI VERİLDİĞİNDEN VE RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	OCTAGAM 10 GR; İDAME TEDAVİYE GÖRE AYDA BİR KEZ ALMASI GEREKTİĞİNDEN 4 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.	OCTAGAM 10 GR; RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE BAŞLANGIÇTA YÜKLEME DOZU AYDA 5 GÜN 0,4 GR/KG/GÜN, SONRASINDA İDAME TEDAVİDE İSE 6 AY BOYUNCA AYDA BİR GÜN DENDİĞİNDEN AYLIK 40 GR BEDELİ ÖDENMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
4	HEPATECT CP 10 ML FLAKON (1-SUT 4.2.12.A 2) DÜŞÜK RİSK GRUBU HASTALARDA HER HALUKARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 1 YIL YÜKSEK RİSK GRUBU HASTALARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILIR)(13.10.2009/1101712 SAYILI ORGAN VE DOKU NAKLİ RAPORU)	HEPATECT CP 10 ML FLAKON; KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
5	ARANESP 150 MCG 4 KULL HAZIR SİRİNGA (418 KODU İLE İLAÇ VERİLMİŞ. GÜNCEL DEĞERLERİ OLMADIĞI İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR. SUTA GÖRE HEMOGRAM SONUÇ BELGESİ TARİHİ VE SONUCUNUN REÇETEDe BELİRTİLMESİ GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	ARANESP 150 MCG 4 KULL HAZIR SİRİNGA; KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
6	EFEXOR XR 75 MG 28 KAPSUL (SNRI) (ANTİDEPRESAN OLARAK KULLANIMINDA 6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLMESİ DUSUMUNDA ÖDENİR. 2019 RAPORUYLA REÇETESİZ VERİLMİŞ)	EFEXOR XR 75 MG 28 KAPSUL; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YA DA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIGINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">• TEGRETOL 100 ML SURUP (TEK DOZ MİKTARI; 5.0 MİLİLİTRE OLUP 2*1 OLARAK GİRİŞ YAPILMALIYDI AYNI ECZANE TARAFINDAN 24'ÜNDE 8 KUTU ÇIKIŞ YAPILMIŞ)• EVASIF 245 MG 30 FTB (ORAL ANTİVİRAL TEDAVİ, HBSAG NEGATİF HASTALARDA ANTİ-HBS POZİTİFLEŞTİKTEN SONRA EN FAZLA 12 AY DAHA SÜRDÜRÜLEBİLECEĞİ İÇİN BİR YILI GEÇEN BU RAPORLA)	<ul style="list-style-type: none">• TEGRETOL 100 ML SURUP; RAPORDAKİ DÜZELTMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• EVASIF 245 MG 30 FTB; RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
8	CRESTOR 10 MG 28 TABLET (LDL ÖLÇÜMÜNÜN EN AZ BİR HAFTA ARA İLE YAPILMASI GEREKLİ)	CRESTOR 10 MG 28 TABLET; RAPORDAKİ UYGUN LDL YE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	GLIVON 400 MG 30 FILM KAPLI TABLET (İLACIN ENDİKASYON UYUMU YOK, ENDİKASYON DIŞI KULLANIM RAPORU DA YOK.)	GLIVON 400 MG 30 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

10	GLIVEC 400 MG 30 FILM TABLET (RAPORDA ENDİKASYON AÇIKLAMASI YOK. PHILADELPHIA KROMOZOMU POZİTİFLİĞİ HASTALIK FAZİ PATOLOJİ TARİHİ MERKEZİ NUMARASI YOK.)	GLIVEC 400 MG 30 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none"> ERBITUX 500 MG/100 ML IV ENFUZYON İÇİN ÇÖZ İÇEREN 1 FLK 3.921,01 SKUAMOZ HÜCRELİ BAŞ VE BOYUN KANSERİ ENDİKASYONUNDA; A) ECOG PERFORMANS SKORU 0-1 OLAN YASSI HÜCRELİ NÜKS YA DA METASTATİK NAZOFARENKS DIŞI BAŞ-BOYUN KANSERLERİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA ÖDENİR. RAPOR ICD 10 KODU VE AÇIKLAMASI YETERSİZ IMBRUVICA 140 MCG 120 KAPSUL 21.822,16 RAPORDA PATOLOJ/SİTOLOJİ BELGESİNİN MERKEZİ TARİHİ NUMARASI YOK. 	<ul style="list-style-type: none"> ERBITUX 500 MG/100 ML IV ENFUZYON İÇİN ÇÖZ İÇEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. IMBRUVICA 140 MCG 120 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	NUCALA 100 MG SC ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇİN LIYOFİLİZE TOZ (1 FLAKON)(HASTANIN 16.HAFTADA TEDAVİYE VERDİĞİ CVP OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	NUCALA 100 MG SC ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇİN LIYOFİLİZE TOZ ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	SUKROFER 100 MG/5 ML IV 5 AMP (HASTANIN HEMODİYALİZE GİRDİĞİ BELİRTİLMEMİŞ)	SUKROFER 100 MG/5 ML IV 5 AMP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	TARDEN 40 MG 30 FILM TB.(LDL DÜZEYİNİN 190 MG/DL'NİN ÜSTÜNDE OLDUĞU DURUMLARDA (TETKİK SONUCU EN AZ BİR HAFTA ARA İLE İKİ DEFA OLMAK ÜZERE) ÖDENİR.)	TARDEN 40 MG 30 FILM TB; İTİRAZIN REDDİNE
15	IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI (KMY ARALIĞI VE DEĞERİ SUTTA BELİRTİLE KRİTERLERİ KARŞILAMIYOR.)	IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA OLMAYAN 254 TESHİS KODU SİSTEME GİRİLMİŞ.)	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	LIPANTHYL 267 M KP.(İLACA ARA VERMİŞ. TG DEĞERİ GEREKİR.)	LIPANTHYL 267 M KP;(İLACA ARA VERMİŞ. TG DEĞERİ GEREKİR.)İTİRAZIN REDDİNE.
18	SIMPONI 50 MG ENJ ÇÖZ İÇEREN KULL HAZIR 1 ENJEKTOR (BU RAPORUN SÜRESİ SONUNDA DAS 28 SKORUNDA TOPLAM 1,2 PUANDAN FAZLA DÜŞME OLMASI HALİNDE BU DURUMUN DÜZENLENECEK 6 AY SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELİRTİLMESİ KOŞULU İLE HASTALARIN TEDAVİSİNE DEVAM EDEBİLİR. TEDAVİNİN DEVAMINDA DAS 28 KRİTERİNE 6 AYDA BİR BAKILIR, BAŞLANGIÇ VE YENİ DAS 28 SKORLAR HER SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELİRTİLİR.	SIMPONI 50 MG ENJ ÇÖZ İÇEREN KULL HAZIR 1 ENJEKTOR ;ÖDENEMSİNE.
19	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVÜLER AF Lİ HASTALARDA ÖDENİR.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	ENBREL PEN 50 MG ENJ ÇÖZ İÇİN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM 6.525,89 HASTA SON BİR YILDIR BU İLACI KULLANMADIĞI İÇİN RAPORDA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİNİN OLMASI GEREKLİDİR.	ENBREL PEN 50 MG ENJ ÇÖZ İÇİN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	PRATİN 2 MG 30 FILM KAPLI TABLET (SUT KRİTERLERİNE UYGUN DEĞİL)	PRATİN 2 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	VESICARE 10 MG 30 FTB (ORAL OKSİBUTİNINE TOLERE EDEMEYEN YA DA CEVAP VERMEYEN HASTALARDA ENDİKEDİR.)	VESICARE 10 MG 30 FTB; İTİRAZIN REDDİNE.
23	<ul style="list-style-type: none"> ARANESP 40 MCG 4 KULL HAZIR SIRINGA (HB SEVİYESİ 12 GR/DL'Yİ AŞINCA TEDAVİ KESİLİR. T&#8805; %20 VE/VEYA FERRİTİN &#8805;100UG/L OLDUĞUNDA TEDAVİ VERİLİR. DOZ AYARI HGB GÖREDİR.) ARANESP 60 MCG 4 KULL HAZIR SIRINGA (HB SEVİYESİ 12 GR/DL'Yİ AŞINCA TEDAVİ 	<ul style="list-style-type: none"> ARANESP 40 MCG 4 KULL HAZIR SIRINGA;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. ARANESP 60 MCG 4 KULL HAZIR SIRINGA; TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE

	KESİLİR. T≥ %20 VE/VEYA FERRİTİN ≥100UG/L OLDUĞUNDA TEDAVİ VERİLİR. DOZ AYARI HGB GÖREDİR.)	
24	TYSABRI 300 MG I.V. INFUZYON İÇİN KONSANTRE ÇÖZELTİ İÇEREN 1 FLAKON (BETA ENTERFERONLAR, GLATİRAMER ASETAT, TERİFLUNOMİD VEYA DİMETİL FUMARAT TEDAVİLERİNDEN BİRİNİ VEYA BİRKAÇINI TOPLAMDA EN AZ BİR YIL SÜRE İLE KULLANMIŞ HASTALARDA VE SUTTA BELİRTİLEN YÜKSEK HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİNDEN EN AZ İKİSİNİ TAŞIYAN HASTALARDA KULLANILMASI HALİNDE BDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)	TYSABRI 300 MG I.V. INFUZYON İÇİN KONSANTRE ÇÖZELTİ İÇEREN 1 FLAKON ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	VEMLIDY 25 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA BELİRTİLEN GÜNCEL HBS AG DEĞERİ TARİHİ BİR ÖNCEKİ RAPOR TARİHİNDEKİ DEĞERDİR.)	VEMLIDY 25 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> TAMPROST MR 0,4 MG 30 KAPSUL (FİNASTERİD, DUTASTERİD(TAMSULOSİN KOMBİNASYONLARI DAHİL)ETKEN MADDELİ İLAÇLARIN KOMBİNE KULLANILMASI HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ KARŞILANMAZ.) REVLIMID 10 MG 21 SERT KAP (3 ÜNCÜ KÜR SONUNDA EN AZ MİNÖR YANIT YOKSA TEDAVİ SONLANDIRILIR. 3 ÜNCÜ KÜR SONUNDA EN AZ MİNÖR YANIT, 6 NCI KÜR SONUNDA EN AZ KİSMİ YANIT VAR İSE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. RAPORLARDA AÇIKLAMA YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> TAMPROST MR 0,4 MG 30 KAPSUL; ÖDENMESİNE. REVLIMID 10 MG 21 SERT KAP;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	DETRUSİTOL SR 4 MG 28 KAPSUL (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.275)	DETRUSİTOL SR 4 MG 28 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
28	SYNJARDY 12,5MG/1000 MG 60 FILM KAPLI TABLET (SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA AYNI ECZANE TARAFINDAN FATURA EDİLMİŞ OLAN FORZİGA (KASIM 2019 RAPORUYLA)İLACI MEVCUT)	SYNJARDY 12,5MG/1000 MG 60 FILM KAPLI TABLET;ÖDENMESİ
29	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (254 KODU İLE GİRİLMİŞ ANCAK RAPOR UYGUN DEĞİL.)	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ ÇÖZ İÇEREN AMP 1 ML 5 AMP (PTH DÜZEYİNİN 150 PG/ML'NİN ALTINA DÜŞMESİ, ALBUMİN İLE DÜZELTİLMİŞ SERUM KALSİYUM DÜZEYİNİN 10,5 MG/DL'NİN ÜZERİNE ÇIKMASI VEYA SERUM FOSFOR DÜZEYİNİN 6 MG/DL 'NİN ÜZERİNE ÇIKMASI DURUMUNDA PARİKALSİTOL TEDAVİSİ SONLANDIRILIR. TAHLİL SONUCLARI OLMADAN 418 KODU İLE GİRİLMİŞ.)	PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ ÇÖZ İÇEREN AMP 1 ML 5 AMP ;TAHLİL SONUCUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
31	XARELTO 15 MG 28 FTB (SUTUN 4.2.15 NOLU ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR.)	XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
32	FORTINI MULTI FİBRE ÇİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK)	FORTINI MULTI FİBRE ÇİKOLATA 200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
33	AMGEVITA 40 MG/0,8 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR 2 ENJEKTOR (HASTA SİMPONİ DEN EMGEVİTA YA2020 YILINDA GEÇMİŞTİR. FAKAT BAŞLANGIÇ BASDAİ DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)	AMGEVITA 40 MG/0,8 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR 2 ENJEKTOR ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
34	DIAFORMİN 1000 MG 100 FILM TB(RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)	DIAFORMİN 1000 MG 100 FILM TB; İTİRAZIN REDDİNE
35	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORUN ÇIKTIĞI TARİHTEKİ MEVZUATA UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
36	ABİZOL 5 MG 28 TB (G30.8 ICD-10 KODU İLE ÖDENMEZ.)	ABİZOL 5 MG 28 TB; RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.