

06.04.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	SANDIMMUN NEO 25 MG 50 KPS (RAPORDAKİ İLAÇ DOZU 2*1 HASTA AYNI ECZANEDEN 03.01.2022 TARİHİNDE SANDIMMUN 100 MG KAPSUL 2*1 DOZ İLE ALMIŞ.)	SANDIMMUN NEO 25 MG 50 KPS;İTİRAZIN REDDİNE.
2	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET (5 TABLET)(PROSPEKTÜSE GÖRE;KEMOTERAPİYİ TAKİBEN GÜNDE İKİ KEZ BİR TABLET (1 MG) VEYA 2 MG GÜNDE BİR KEZ BİR HAFTAYA KADAR KULLANILABİLECEĞİNDEN 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET; KEMOTERAPİYİ TAKİBEN 1 HAFTAYA KADAR KULLANILABİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
3	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(HASTANIN GÜNCEL RAPORUNDA NOVORAPID DOZU 3X16 DIR)	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML;GÜNCEL RAPORDA DOZ 3*16 Ü OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(BİFOSFONATLARI TOLERE EDEMEYEN VEYA YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA KULLANILIR.)	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	NOVOSEVEN RT 1 MG ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU (REÇETE HEMATOLOJİ UZMANINCA DÜZENLENMEMİŞ. HASTANEDE HEMATOLOJİ UZMANI MEVCUT OLDUĞU HALDE 307 UYARI KODU İLE İŞLEM YAPILMIŞ)	NOVOSEVEN - HASTANEDE ÇOCUK HEMATOLOJİ UZMANI OLDUĞU HALDE REÇETeyİ İLGİLİ BRANŞ YAZMADIĞINDAN VE TABURCU REÇETESİ OLUP ACİL DURUM OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	DIVATOR 10 MG 30 FILM KAPLI TABLET (TEK LDL ÖLÇÜMÜ YETERLİ DEĞİL.)	DIVATOR 10 MG 30 FILM KAPLI TABLET; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(HASTADA MALNUTRİSYON TANIMI BULUNMAMAKTADIR.)NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY ; RAPORDAKİ SUBJEKTİF GLOBAL DEĞERLENDİRME KATEGORİSİ” C VEYA D OLANLAR TANIMINA GÖRE ÖDENMESİNE.NUTRISON ADVANCED; RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMINA GÖRE ÖDENMESİNE.
9	ALATAB 600 MG 30 FTB (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA BULUNAMAMAKTADIR.)	ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	SELECTRA 50 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET)(SSRI)(RAPORDAKİ İLAC DOZU 1*1 REÇETE DOZU DUZELTİLDİ.)	SELECTRA 50 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	LUCRIN DEPOT 3.75 MG IM SC 1 AYLIK (HASTA 11 YAŞINDA VE RAPORDA YAZILAN 8 YAŞ ÖNCESİNE AİT BİR RAPOR BULUNMAMAKTADIR.)	LUCRIN- KADINLARDA TEDAVİ ARALIĞI 0-11 YAŞ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">CEDRINA 100 MG.30 FILM TABLET (RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL.)XARELTO 20 MG 28 FTB(RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNERAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(HASTA KOMBİNASYON TEDAVİ ALIYOR VE RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.)	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

14	COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET (RAPORDA YAZILI OLAN "LDL HESAPLANAMADI" İFADESİ İLE ODENMEZ.)	COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(RAPOR SÜRESİ 6 AY VE 01.03.2022 DEN İTİBAREN YENİ RAPOR DÜZENLENMESİ GEREKTİĞİ İÇİN KESİLDİ.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; 2 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE.
16	LUCRIN DEPOT 3.75 MG IM SC 1 AYLIK (HASTA 11 YAŞINDA VE 8 YAŞINDA ÖNCE BAŞLADIĞINA DAİR RAPOR BULUNMAMAKTADIR.)	LUCRIN DEPOT 3.75 MG IM SC 1 AYLIK;KADINLARDA TEDAVİ ARALIĞI 0-11 YAŞ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
17	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.