



06.06.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

| DOSYA NO | İTİRAZ KONUSU | KOMİSYON KARARI |
|----------|--|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI YETERSİZ.) | <ul style="list-style-type: none"> RESOURCE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(RAPORDA 0.CI 80 MG SUBKÜTAN 7.GÜN 40 MG SUBKUTAN VE TAKİP EDEN HER 14 GÜNDE 1 40 MG ŞEKLİNDE UYGULANIR. YAZILI YUKLEME DOZU KULLANILMIŞ DEVAM DOZU OLDUĞU İÇİ 14 GÜNDE BİR OLARAK SİSTEME GİRİŞ DÜZELTİLMİŞTİR) | <ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> TYKERB 250 70 FTB(ENDİKASYON DIŞI BELGENİN SÜRESİ 01/01/2024'TE DOLMUŞ) | <ul style="list-style-type: none"> S.BEK ONAYI ALINMADAN KULLANILABİLECEK ENDİKASYON DIŞI ONKOLOJİ (MEME) İLAÇLARI" LİSTESİNE GÖRE ÖDENMESİNDE. |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> RIVELIME 15 MG 21 SERT KAPSUL(SUTTA BELİRTİLEN İLACIN KULLANIM ŞARTLARINA UYGUN OLMAYAN HASTA AYRICA METASTATİK MULTİBL MİYELON TANISI İLE VERİLMİŞ) | <ul style="list-style-type: none"> RIVELIME; İLACIN PROSPEKTÜSÜNDE VE SUTTA METASTAZ DURUMU VELİRTİLMEDİĞİNDEN, RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |

| | | |
|---|--|---|
| 5 | <ul style="list-style-type: none">• IMBRUVICA 140 MG 120 KAPSUL(TEDAVİ PROTOKOLÜ VE TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI, VEYA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN BİLGİLER, EVRE VEYA RİSK GRUBU, VARSA DAHA ÖNCE UYGULANAN KANSER TEDAVİ PLANI BULUNMALIDIR (MADDE 4.2.14.C/3).RAPOR SÜRESİNİN SONUNDA TEDAVİNİN DEVAMI İÇİN YAPILAN DEĞERLENDİRMEDE HASTALIĞIN STABİL KALDIĞI VEYA EN AZ KISMİ YANITIN ALINMIŞ OLDUĞU YENİ DÜZENLENECEK RAPORDA BELİRTİLMELİDİR.İLACA ENDİKASYON DIŞIYLA BAŞLANMIŞ.)• TRAJENTA -METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)• GONAL-F 450 IU KUL.HAZ.1 ENJ.KALEMI(MADDE 4.2.66/1) RAPORDA ÖDENME ŞARTLARI YOK.) | <ul style="list-style-type: none">• IMBRUVICA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• TRAJENTA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 6 | <ul style="list-style-type: none">• VENClyXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET(DAHA ÖNCE TEDAVİ EDİLMEMİŞ, 17P DELESYONU, TP53 MUTASYONU, CD38 POZİTİFLİĞİ (%30), ZAP70 POZİTİFLİĞİ (%20) VEYA İMMUNOGLOBULİN VARIABLE BÖLGE MUTASYONU YOKLUĞU ÖZELLİKLERİNDEN HERHANGİ BİRİNE SAHİP (YÜKSEK RİSKLİ) KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMİ HASTALARINDA OBİNUTUZUMAB İLE KOMBİNASYONUN BEDELİ ÖDENİR ENDİKASYON DIŞI BELGE OLSA BİLE SUT İLACININ KARŞILANMASINI BİR ŞARTA BAĞLANIŞ İSE O ŞARTIN OLUŞMASI GEREKLİDİR) | <ul style="list-style-type: none">• VENClyXTO - KLL TANISINDA KOMBİNE KULLANIM İLE İLGİLİ ENDİKASYON SONRADAN ALINDIĞINDAN VE SONRADAN EKLENEN ENDİKASYON İLE İLGİLİ S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN İLE VERİLEBİLECEĞİ YÖNÜNDE GÖRÜŞ YAZISI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. |
| 7 | <ul style="list-style-type: none">• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(BAŞLANGIÇ YÜKLEME DOZLARI VE TARİHLERİ RAPORDA YER ALMAMAKTADIR) | <ul style="list-style-type: none">• SUT UN 4.2.33-4 -(4) "TEDAVİNİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRME KRİTERLERİNİN TAMAMI; YÜKLEME DOZU UYGULAMALARINDA İLK MUAYENE DEĞERLENDİRME KRİTERLERİYLE, İDAME TEDAVİLERDE BİR ÖNCEKİ MUAYENEDE TESPİT EDİLEN DEĞERLENDİRME KRİTERLERİYLE MUKAYESE EDİLEREK RAPORDA BELİRTİLECEKTİR. " MADDESİNE GÖRE VE KAÇINCI DENEME OLDUĞU RAPORDA EKSİK OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR. |

| | | |
|----|---|--|
| 8 | <ul style="list-style-type: none">XARELTO 20 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 9 | <ul style="list-style-type: none">SANDOSTATIN-LAR 20 MG.1 FLK(YALNIZCA İNTESTİNAL VE PANKREATİK FİSTÜLLERİN TEDAVİSİ VE GASTROİNTESTİNAL SİSTEMDE GÖRÜLEN ENDOKRİN TÜMÖRLERİN AŞIRI SEKRESYONLARININ SEMPTOMATİK TEDAVİSİ ENDİKASYONLARINDA ÖDENİR) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 10 | <ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL) | <ul style="list-style-type: none">RAPORDA HASTANIN YAŞINA GÖRE BOY VE KİLO GELİŞİMİ <-2 SDS ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. |
| 11 | <ul style="list-style-type: none">LEVEMIR FLEXPEN 100U ML 5X3 ML.(HASTANIN GÜNCEL RAPORUNDA DOZ 1X30 DUR 1X40 REÇETE EDİLMİŞ) | <ul style="list-style-type: none">RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 12 | <ul style="list-style-type: none">ELOCTA 1000 IU IV ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN TOZ VE COZUCU(HASTA BU FORMU İLK KEZ ALMIŞ.GÜNDE GİRİLEN 1000 ÜNİTE,HAFTADA OLARAK DÜZELTİLMİŞTİR.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE 9*1/ (2HAFTA) ŞEKLİNDE ÖDENMESİNE. |
| 13 | <ul style="list-style-type: none">XARELTO 15 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALLARDA BEDELİ ÖDENİR) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 14 | <ul style="list-style-type: none">NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML(515 KCAL)(REÇETENİN İLİŞKİLENDİRİLDİĞİ 09/09/2021 TARİHLİ RAPOR FORTINI MULTIFIBER SOL İÇİN ÇIKARILMIŞ NUTRISON ADVANCED İÇİN ÇIKARILAN 15/09/2023 TARİHLİ RAPORUN SÜRESİ DOLMUŞ)FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPOR SİSTEME BİR YILLIK OLARAK GIRILMIŞ 3 AY SURELI OLMASI GEREKTİĞİ İÇİN İKİ GUNLUK BESLENME SOLUSYONU BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR) | <ul style="list-style-type: none">NUTRISON; MAMANIN ADININ GEÇTİĞİ RAPORUN SÜRESİ DOLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNEFORTIMEL; RAPOR SÜRESİ 3 AY OLMASI GEREKTİĞİNDEN VE 11 GÜN ERKEN ALIM SÜRESİ İLE HESAPLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 15 | <ul style="list-style-type: none">DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPOR VE REÇETE DE YOK.275) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|--|---|
| 16 | <ul style="list-style-type: none">• GENOTROPIN 16 IU (5,3 MG) GOQUICK ENJ. SOL. ICIN TOZ VE COZ. ICEREN KULL. HAZIR KALEM(İLACA BAŞLAMA RAPORU YETERSİZ AYRICA DEVAM GİBİ ÇIKMIŞ.DEVAM RAPORU DA UYGUN DEĞİL.İLACA ARA VERİLMİŞ)• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(TEDAVİNİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRME KRİTERLERİNİN TAMAMI; YÜKLEME DOZU UYGULAMALARINDA İLK MUAYENE DEĞERLENDİRME KRİTERLERİYLE, İDAME TEDAVİLERDE BİR ÖNCEKİ MUAYENEDE TESPİT EDİLEN DEĞERLENDİRME KRİTERLERİYLE MUKAYESE EDİLEREK RAPORDA BELİRTİLECEKTİR.RAPORLAR SAĞ VE SOL ÖNCEKİLERLE AYNI KOPYASI.) | <ul style="list-style-type: none">• GENOTROPIN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 17 | <ul style="list-style-type: none">• EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR(TSAT VE FERRİTİN UYGUN DEĞİL.)• FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP(TSAT VE FERRİTİN UYGUN DEĞİL.SİTEM EPORON ÖDENMEDİĞİNDEN ADEDİ DÜŞÜRDÜ.) | <ul style="list-style-type: none">• EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 18 | <ul style="list-style-type: none">• VEGABON PLUS D 5600 IU 4 TB(GÜNCEL L1-4 TDEĞERİ UYGUN DEĞİLDİR.) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 19 | <ul style="list-style-type: none">• CRESTOR 10 MG.28 TABLET(İDAME TEDAVİ DEĞİL.LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)• SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+IKS)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDENME ŞARTIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMİYOR.)• SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDENME ŞARTIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMİYOR.) | <ul style="list-style-type: none">• CRESTOR -İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• SERETIDE VE SPIRIVA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|--|---|
| 20 | <ul style="list-style-type: none">• FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP(RAPORDA PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İÇİN GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 21 | <ul style="list-style-type: none">• ATOR 20 MG.30 TB.(TEK LDL ÖLÇÜMÜ YETERLİ DEĞİL.)• LYNPARZA 150 MG. 56 TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI ENDİKASYON AÇIKLAMASIDIR.BU DURUMLARIN VARLIĞINI HANGİSİNİN OLDUĞUNU BELİRTMİYOR.AYRICA PATOLOJİ SİTOLOJİ TARİHİ MERKEZİ NUMARASI YOK.) | <ul style="list-style-type: none">• ATOR ; SONRADAN EKLENEN TANIYLA İLGİLİ GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.• LYNPARZA -459 - MAHKEME KARARI SİSTEMDE KİMLİK NUMARASINDA KAYITLI HASTALAR İÇİN İLAÇ İZİNİ İLE GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. |
| 22 | <ul style="list-style-type: none">• INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL)(INFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE KULLANILIR) | <ul style="list-style-type: none">• MAMA İÇİN YAŞ VE KİLO UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 23 | <ul style="list-style-type: none">• ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 24 | <ul style="list-style-type: none">• ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(E-REÇETEDE HASTANIN KİLOSU HAFTALIK DOZ VE TETKİK SONUÇLARI TARİHLERİYLE BELİRTİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) | <ul style="list-style-type: none">• İADE SONRASI E-REÇETEDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 25 | <ul style="list-style-type: none">• FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(TRİGLİSERİD ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)• PLAVIX 75 MG 28 FTB(HASTANIN İSKEMİK İNMESİ VARSA RAPORDA BELİRTİLECEK.) | <ul style="list-style-type: none">• FEPATİL - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• PLAVIX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 26 | <ul style="list-style-type: none">• EZETEC 10 MG 28 TABLET(HASTAYA 29/01/2020 TARİHLİ RAPORLA LDL 90 DEĞERİ İLE ROSUVASTATİN BAŞLANMIŞ 13/03/2020 TARİHLİ RAPORDA HASTA 6AYDIR STATİN TEDAVİSİNE RAGMEN LDL....28.01.2020 LDL:90 , SGK FOT EZETİMİB İFADESİ İLE EZETEC TB BAŞLANDIĞI İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ) | <ul style="list-style-type: none">• STATİN TEDAVİSİNE 2009 YILINDA BAŞLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|--|--|
| 27 | <ul style="list-style-type: none">HEDNAVİR 0,5 MG 30 FTB (HASTANIN DEVAM KRİTERİ UYGUN DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
|----|--|--|

