

07.10.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	SAMSCA 15 MG 10 TABLET (22.04.2021 TARİHİNDE İLAÇ;12 KUTU YAZILMIŞ VE VERİLEBİLECEĞİ TARİH 06.07.2021'DİR. BU REÇETEDE İLACIN DOZU DÜŞÜRÜLDÜĞÜNDE GÜNÜ DOLMAMIŞ İLAÇ DENMEKTE VE ÇAKIŞMAKTADIR.)	SAMSCA 15 MG 10 TABLET; ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ ŞARTLI OLARAK DÜZENLENDİĞİNDEN UYGUN GÖRÜLMEMİŞ VE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	DULOXX 60 MG 28 KAP (SNRI) (11.04 TANILI RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞ. 6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN REÇETE EDİLMESİ GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	DULOXX 60 MG 28 KAP;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YA DA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML 100 U-ML (10.06.2020 TARİHLİ GÜNCEL RAPORDA HASTA RYZADEG(INSULİN ASPART+INSULİN DEGLUDEK) İLE BERABER KULLANMAYA BAŞLIYOR. İLAÇ DOZU 2*24 OLARAK GÜNCELLENMİŞ.)	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML 100 U-ML; 10/06/2020 TARİHLİ RAPORDAKİ DOZ AŞILDIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
4	UROMISIN 3 G TOZ İÇEREN SASE (REÇETEDE İLGİLİ TEŞHİS BULUNMAMAKTADIR.432)	UROMISIN 3 G TOZ İÇEREN SASE; E-REÇTEDE UYARI KODUNDAKİ TANI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	<ul style="list-style-type: none"> • GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET (10 TABLET)(GÜNDE 1 BİR HAFTAYA KADAR KULLANILIR.) • PLAVIX 75 MG 28 FTB (ANJIO SONUCU RAPORDA YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> • GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET; BİR HAFTALIK DOZ İÇİN 2 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE. • PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ ÇÖZ İÇEREN 5 AMP (PTH DEĞERİ 285 OLDUĞU İÇİN PARICAL BAŞLANAMAZ.)	PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ ÇÖZ İÇEREN 5 AMP; BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN, 17/01/2019 RAPORUYLA İDAME TEDAVİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE TAHLİL SONUÇLARI KESİLME KRİTERLERİNE UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
7	OPAGIS 30 MG 28 MIKROPELLET KAPSUL(RAPORDA UYGUN ICD 10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ)	OPAGIS 30 MG 28 MIKROPELLET KAPSUL;RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
8	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB (13.08.2021 TARİHİNDEKİ İADE TAMAMLANMADIĞI İÇİN KESİNTİ YAPILDI)	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB; SUTUN 4.2.17.A-2. MADDESİNE GÖRE KMY ÖLÇÜMLERİ 2 YILDA BİR YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
9	BRONTIO 18 MCG 30 İNHALASYON İÇİN TOZ İÇEREN 30 KAP(LAMA)(SUT 4.2.B MADDESİNE GÖRE EN AZ 3 AY LABA+IKS İLE TEDAVİYE YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA BAŞLANABİLİR,RAPORDA BELİRTİLDİĞİ HALDE MEDULADA KAYDI YOK.)	BRONTIO 18 MCG 30 İNHALASYON İÇİN TOZ İÇEREN 30KAP; ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none"> • TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(SUT 4.2.B MADDESİNE GÖRE EN AZ 3 AY LABA+IKS İLE TEDAVİYLE YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA BAŞLANABİLİR. RAPORDA BELİRTİLDİĞİ HALDE MEDULA KAYDINDA BULUNMAMAKTADIR.) • LIPITOR 10 MG 30 FILM TB (04.10.2019 RAPORUNDAN ÖNCE 6 AYDAN FAZLA ARA MEVCUT. RAPOR TARİHİYLE UYUMLU LDL 	<ul style="list-style-type: none"> • TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET; ÖDENMESİNE. • LIPITOR 10 MG 30 FILM TB - LIPANTHYL 267 M KP; RAPORA EKLENEN TAHLİL İLE İLGİLİ BELGE GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE

	<p>VE TRİGLİSERİT ÖLÇÜM SONUCU(ÖLÇÜM TARİHİ İLE BERABER) BULUNMALIDIR.)</p> <ul style="list-style-type: none"> LIPANTHYL 267 M KP(04.10.2019 RAPORUNDAN ÖNCE 6 AYDAN FAZLA ARA MEVCUT. RAPOR TARİHİYLE UYUMLU LDL VE TRİGLİSERİT ÖLÇÜM SONUCU (ÖLÇÜM TARİHİ İLE BERABER) BULUNMALIDIR.) 	
11	<p>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(MONO LABA/LAMA/İKS VEYA SABİT DOZ LABA/LAMA/İKS KOMBİNASYONLARIYLA YAPILACAK ÜÇLÜ KOMBİNASYON TEDAVİLERİNDE;EN AZ 3 AY SÜREYLE İNHALE KORTİKOSTEROİD(İKS) VE UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA –AGONİSTLERİ(LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN,... ŞEKLİNDE BAŞLAYAN AÇIKLAMAYI DOGRULAMAYAN İLAÇ GEÇMİŞİ HASTANIN İLK KOAH RAPORU OLDUĞU GÖRÜLÜYOR.)</p>	<p>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET; ÖDENMESİNE</p>
12	<p>SPIRIVA 18 MCG İNHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(4.2.24.(12) GEREĞİNCE RAPORDA BELİRTİLEN ‘‘EN AZ 3 AY LABA+İKS KULLANIMI’’ MEDULA KAYITLARINDA GÖRÜLMEDİĞİNDEN)</p>	<p>SPIRIVA 18 MCG İNHALASYON 30 KAPSUL;ÖDENMESİNE.</p>
13	<ul style="list-style-type: none"> INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(18 AY GEÇMİŞ) FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL) (RAP.GÜNLÜK KAL. MIKTARI 1000 K.CAL) 	<ul style="list-style-type: none"> FORTIMEL ENERGY-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. INFATRINI ; HASTANIN GÜNCEL KİLOSU 9 KG GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
14	<p>LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.(İDAME TED. DEĞİL. RAP. ÖNCE 6 AYDAN UZUN SURE ARA VER.)</p>	<p>LIPITOR ; REÇETEYLE İLGİLİ RAPOR ÖNCESİNDEKİ 31/05/2016 TARİHLİ RAPOR 31/05/2018 TARİHİNDE BİTTİĞİNDEN İDAME TEDAVİ SAYILMAMAKTADIR. İTİRAZIN REDDİNE.</p>
15	<p>TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ((LAMA)(LABA LAMA İKS 3LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE BU RAPOR UYGUN DEĞİL)</p>	<p>TUTAST-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p>
16	<p>CLONEX 100 MG.50 TABLET (PROSPEKTÜSE GÖRE:LÖKOSİT SAYISININ 3000/MM3'ÜN ALTINA DÜŞTÜĞÜ VE/VEYA NÖTROFİL GRANÜLOSİT SAYISI 1500/MM3'ÜN ALTINDA ODUĞU HALLERDE,CLONEX TEDAVİSİNE SON VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN,REÇETESİZ VERİLEMEZ)</p>	<p>CLONEX 100 MG.50 TABLET ;GÜVENLİK İZLEM FORMU İSTENMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</p>
17	<p>BERIATE 500 IU (FACTOR8) 1 FLK (RAPOR PROFLAKSİ RAPORU DEĞİLDİR. EK KANAMA (4500 ÜSTÜ)RAPORUDUR. RAPOR SÜRESİ 6 AY İLE SINIRLIDIR.)</p>	<p>BERIATE 500 IU (FACTOR8) 1 FLK;10/09/2021 TARİHLİ RAPORDA YAPILAN DÜZENLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p>
18	<p>HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (HASTA ONAY FORMU OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.AYRICA RAPOR AÇIKLAMASI EKSİK.;3 FARKLI HASTALIK MODİFİYE EDİCİ ANTİROMATİZMAL İLACI, EN AZ ÜÇER AY KULLANMIŞ OLMASI GEREKLİ. OLMASIN)</p>	<p>HUMIRA; ONAY FORMUYLA İLGİLİ EKSİKLİK GİDERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</p>
19	<ul style="list-style-type: none"> FESOR 250 MG DAGILABİLİR TABLET (28 TABLET) (GUNCEL FERRİTİN DEGERİ BELGELENMEMİS.) FESOR 500 MG DAGILABİLİR TABLET (28 TABLET)(GUNCEL FERRİTİN DEGERİ BELGELENMEMİS.) 	<ul style="list-style-type: none"> HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<p>HEPATECT CP 10 ML.FLAKON (HBIG İDAME TEDAVİLERİ İCİN DÜZENLENEN HER REÇETEDE HBSAG VEYA HBV DNA SONUÇLARI YER</p>	<p>HEPATECT CP 10 ML.FLAKON;RAPOR AĞUSTOS AYINA AİT DEĞERLER EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</p>

	ALMALIDIR. GÜNCEL SONUCUN REÇETEYE EKLENMESİ GEREKİR. GEREKÇESİYLE İADE YAPILMIŞTIR. ANCAK RAPORA EKLENEN DEĞER 26.07.2021 TARİHİNE AİT OLUP BU TARİHTE İLAÇ VERİLMİŞTİR. REÇETE İTARİHİYLE UYUMLU GÜNCEL SONUÇ EKLENMEMİŞTİR.)	
21	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON(SUT MADDE 4.2.12.A.2) Ç) HBIG İDAME TEDAVİLERİ İÇİN DÜZENLENEN HER REÇETEDEN HBSAG VEYA HBV DNA SONUÇLARI YER ALMALIDIR)	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON;04/08/2021 TARİHLİ TAHLİL DEĞERİNE GÖRE (1 AYLIK DOZ BÖLÜNEREK UYGULANDIĞINDAN) ÖDENMESİNE.
22	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (HEMODİYALİZ TEDAVİLERİNDE, HEPARİNLER TANIYA DAYALI İŞLEM PUANINA DAHİL OLDUĞUNDAN REÇETE EDİLSE DAHİ BEDELİ ÖDENMEZ) (MADDE 4.2.7/3).	OKSAPAR; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE DİYALİZ HASTALARINDA ÖDENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
23	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB. (EN AZ BİR HAFTA ARA İLE İKİ DEFA OLMAK ÜZERE, YAPILMIŞ KAN LİPİD DÜZEYLERİNİN HER İKİSİNDE DE YÜKSEK OLDUĞUNU GÖSTEREN TETKİK SONUÇLARI İLE ÖDENİR)	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
24	XARELTO 20 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA;ÖDENİR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none"> LATİXA 375 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB(RAPORDAKİ AÇIKLAMA UYGUN DEĞİL) LİFECHEK İNSULİN KALEM İGNEŞİ 31G*8MM (GÜNDE 3 TANE İNSULİN KULLANDIĞI İÇİN DÜZELTİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> LATİXA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. LİFECHEK; EN SON DOKTOR REÇETESİNDE VE SONRASINDA NOVORAPİD 3*20 Ü KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> BONVİVA 3MG/3ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (1 ADET)(KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ UYGUN DEĞİL.) FERİNJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (RAPOR İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> BONVİVA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE FERİNJECT-25/08/2021 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	PARICAL 10 MCG/2 ML İV ENJ COZ ICEREN 5 AMP 2.(PTH DEĞERİ UYGUN DEĞİLDİR.)	PARICAL 10 MCG/2 ML İV ENJ COZ ICEREN 5 AMP; İDAME RAPORU OLDUĞUNDAN RAPORDAKİ İDAME DEĞERLERİ UYGUNDURİ EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
28	XARELTO 20 MG 28 FTB(OLAN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZİR SİRİNGA(GÜNCEL DEĞERLERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZİR SİRİNGA;217 REÇETE UYARI KODUYLA İLGİLİ GÜNCEL HB VE FERİTİN DEĞERLERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
30	BONVİVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (İADE SÜRESİ DOLMASINA RAĞMEN EKSİKLİK GİDERİLMEDİ.)	BONVİVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
31	PEDİASURE PLUS FİBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(07/2020 TARİHİNDE PEDİASURE PLUS FİBER RAPOR ÇIKARILIŞ AYNI HEKİM AYNI HASTANEDE 09/2020 TARİHİNDE BAŞKA BİR BESLENME SOLÜSYONU RAPORU ÇIKARMIŞ ECZANE ESKİ RAPORDAN 418 KODU İLE BESLENME SOLÜSYONU ÇIKIŞI YAPMIŞ)	PEDİASURE PLUS FİBER ; BAŞKA MAMA KULLANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.