

08.06.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	LANTUS SOLOSTOR 100 IU 5 KAR (ORTIPEN (RAPORDA INSULİN GLARJİN PARENTERAL GÜNDE 1*30.0 ÜNİTE OLARAK DOZ BELİRTİLMİŞ ANCAK 1*50 IU OLARAK SİSTEME GİRİLMİŞ)	LANTUS SOLOSTOR 100 IU 5 KAR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (UZMAN HEKİMLERCE VEYA UZMAN HEKİM TARAFINDAN DÜZENLENEN EN FAZLA 3 AY SÜRELİ KULLANILACAK İLACIN DOZUNU GÖSTEREN UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TEDAVİYE BAŞLANIR.)	OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ;UZMAN HEKİMLERCE RAPORSUZ VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
3	FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL) (TGL DEĞERİ UYGUN DEĞİLDİR.)	FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL;TGL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">• OXFET 180 MG 30 FILM KAPLI TABLET (ORGAN HASARI OLUŞAN YA DA ORGAN HASARI RİSKİ BULUNAN HASTALARDA BU DURUMUN BELİRTİLDİĞİ HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR.)• OXFET 360 MG 30 FILM KAPLI TABLET (ORGAN HASARI OLUŞAN YA DA ORGAN HASARI RİSKİ BULUNAN HASTALARDA BU DURUMUN BELİRTİLDİĞİ HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	NOVOSEVEN RT 2 MG ENJ ÇÖZ İÇİN TOZ VE ÇÖZÜCÜ(ENDİKASYON UYUMU EKSİK BİLGİ (GEÇMİŞİNDE VEYA HALİHAZIRDA TROMBOSİT TRANSFÜZYONLARINA REFRAKTER GELİŞTİRMİŞ GLANZMANN TROMBASTENİLİ HASTALARDA) GEREKÇESİYLE İADE EDİLDİ. DÜZELTME (GLANZMANN TROMBASTENİLİ)YAPILMAMIŞ.)	NOVOSEVEN RT 2 MG ENJ ÇÖZ İÇİN TOZ VE ÇÖZÜCÜ ; İADE SÜRESİ İÇİNDE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">• EMOCLOT-DI 500 IU (FACTOR 8) 1 FLK (RAPOR DOZU AŞILMIŞ(1.GÜN 3000+1500, 2.GÜN 2*1500 VE 3. GÜN 2*1500 OLMAK ÜZERE TOPLAM 10.500 IU))• EMOCLOT-DI 1000 IU (FACTOR 8) 1 FLK (RAPOR DOZU AŞILMIŞ(1.GÜN 3000+1500, 2.GÜN 2*1500 VE 3. GÜN 2*1500 OLMAK ÜZERE TOPLAM 10.500 IU))	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA EKLENEN TOPLAM 15000 Ü DOZUNDA HESAPLANARAK ÖDENMESİNE.
7	FORTINI MULTI FİBRE ÖİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	FORTINI MULTI FİBRE ÖİKOLATA 200 ML;RAPORDA HASTANIN BOY VE KİLOSUNUN -2 SD NİN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
8	LIPITOR 10 MG 30 FILM TB.(İLGİLİ RAPORDA LDL DEĞERİ VE ÖLÇÜM TARİHİ YOK. ESKİ RAPOR İDAME DEĞİL VE ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)	LIPITOR 10 MG 30 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	RESOURCE JUNIOR ÇİKOLATALI 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA)	RESOURCE JUNIOR ÇİKOLATALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML ŞİŞE (330 KCAL)(RAP MALNÜTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN HASTALIK VEYA TRAVMA YOK.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML ŞİŞE;RAPORDA HASTADA SON 3 AYDA AĞIRLIĞININ %10 VE ÜZERİNİ İSTEMSİZ KAYBETTİĞİ VE 1 HAFTA SÜREYLE ENERJİ İHTİYACININ %50 SİNDEN AZ ALIM OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.