

## 08.10.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>MATOFIN 1000 MG 100 XR TABLET (RAPOR DOZU 1*1 )</li><li>BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET ( MAX 13 KUTU ÖDENİR )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>MATOFIN 1000 MG 100 XR TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET; 13 KUTU SINIRINI AŞTIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.</li></ul>
2	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ( RAPORUN AÇIKLAMALARINDAKİ "6 AY SÜRE İLE KULLANMASI GEREKMEKTE " CÜMLESİYLE 21/01/2020 TARİHLİ RAPORUN SÜRESİNE SINIRLAMA GETİRİLMİŞ OLUP 418 İLE REÇETESİZ VERİLMİŞ VERİLMİŞ )	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ;(RAPORUN AÇIKLAMALARINDAKİ "6 AY SÜRE İLE KULLANMASI GEREKMEKTE" CÜMLESİYLE 21/01/2020 TARİHLİ RAPORUN SÜRESİNE SINIRLAMA GETİRİLMİŞ OLUP 418 İLE REÇETESİZ VERİLMİŞ.) KESİNTİ YAPILMIŞ. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
3	<ul style="list-style-type: none"><li>NEURONTIN 600 MG.50 FILM TABLET ( 3 AY GEÇERLİDİR. POLİNÖROPATİK AĞRI 23/10/2019 13:21 RAPORDA AÇIKLAMALAR BÖLÜMÜNDE 3 AY GEÇERLİ OLDUĞU YAZILI OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)</li><li>GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET (10 TABLET) ( GRANEXA 1MG GÜNDE 2*1 7 GUN SURE İLE KULLANILIR BU NEDENLE 4 KT BEDELİ ÖDENMEDİ )</li><li>PLAVIX 75 MG 28 FTB (3 AY GEÇERLİDİR. POLİNÖROPATİK AĞRI İSKEMİK İNME 30/01/2020 10:41 RAPORDA 3 AY GEÇERLİ OLDUĞU BELİRTİLDİĞİ İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>NEURONTIN 600 MG.50 FILM TABLET;HASTA 64 YAŞ ÜSTÜ OLDUĞUNDAN VE RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li><li>GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET;(GRANEXA 1 MG GÜNDE 2*1 7 GÜN SÜRE İLE KULLANILIR. İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORDA 3 AY GEÇERLİ OLDUĞU BELİRTİLDİĞİ İÇİN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.</li></ul>
4	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) ( İNFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE KULLANILMASI DURUMUNDA ÖDENİR )	INFATRINI 200 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMEDE YIL BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
5	CYNACAL 60 MG 28 FILM TABLET ( BAŞLAMA KRİTERLERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ. )	CYNACAL 60 MG 28 FILM TABLET;DİLEKÇE EKİNDEKİ TAHLİL DEĞERLERİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none"><li>CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLAKON ( HASTANIN RAPORDAKİ ENDİKASYON BİLGİLERİ İLE ÖDENMEZ)</li><li>COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET(HASTANIN LDL DEĞERİ RAPORDA OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLAKON;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	BARACLÜDE 0.5 MG 30 FILM TABLET ( HASTANIN 2011 DEKİ RAPORUNDA BAŞLANGIÇ HBVDNA SI YAZMIYOR.)	BARACLÜDE 0.5 MG 30 FILM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	FORTINI MULTI FİBRE ÇİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK)	FORTINI MULTI FİBRE ÇİKOLATA 200 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

9	STIVARGA 40 MG 84 FILM KAPLI TABLET (PATOLOJİ TARİHİ, NUMARASI YOK.)	STIVARGA 40 MG 84 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	PLAVIX 75 MG 28 FTB (RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)	PLAVIX 75 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL) ( HASTANIN RAPORDAKİ GÜNLÜK KİLOKALORİ İHTİYACINA GÖRE ÖDENDİ.)	RESOURCE GLUTAMIN 100 G; HASTANIN RAPORDAKİ GÜNLÜK KİLOKALORİ İHTİYACINI GEÇMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPAMUNE SOLUSYON 60 ML. ( RAPOR TANISI UYGUN DEĞİL.)</li><li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ( İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPAMUNE SOLUSYON 60 ML;DİLEKÇE EKİNDE SUNULAN ENDİKASYON DIŞI İZNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
13	NOVASOURCE G.I CONTROL VANILLA 500(528 KCAL) ( HASTANIN GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI 1500 KCALDIR)	NOVASOURCE G.I CONTROL VANILLA 500;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	FLEBOGAMMA % 5 DIF 5 G/100 ML INF İCİN COZ ICEREN 1 FLK ( ICD KODU UYGUN DEĞİL. HASTALIK İTP İSE RAPORDA İTP İLE İLGİLİ AÇIKLAMA VE ICD KODU YOK. )	FLEBOGAMMA % 5 DIF 5 G/100 ML INF İCİN COZ ICEREN 1 FLK;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL) ( INFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE ÖDENİR )	INFATRİNİ 200 ML;İNFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE ÖDENİR. İTİRAZIN REDDİNE.
16	FORTİNİ 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİLEK AROMALI(200 KCAL) ( RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR )	FORTİNİ 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİLEK AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	TYKERB 250 70 FTB ( BU REÇETEYE KADAR 4 KUTU TYKERBİ 5 HAFTALIK SÜREDE ALMIŞ OLUP (21 GÜNLÜK SİKLÜSÜN 1-14. GÜNLERİ KULLANIM ŞEMASINA GÖRE 21 GÜNDE (1X5)X14=70 HESABIYLA) BU REÇETE İCİN 2.SİKLUSU TAMAMLAMAMIŞTIR.418 UYARI KODUYLA REÇETESİZ VERİLMİŞTİR)	TYKERB 250 70 FTB ;POZOLOJİSİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	EXCIPIAL LIPO %4 EMULSİYON 200 ML ( RAPORDAKİ İLAC DOZU AYDA 10 KUTU.HASTA 28.08.2020 TARİHİNDE AYNI ECZANEDEN TEKRAR İLAC ALMIŞ. )	EXCIPIAL LIPO %4 EMULSİYON 200 ML; RAPORDAKİ İLAC DOZU AYDA 10 KUTU. HASTA 28.08.2020 TARİHİNDE AYNI ECZANEDEN TEKRAR İLAC ALMIŞ. İTİRAZIN REDDİNE.
19	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDAKİ DOZU:1*1)	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKSİYON KALEMİ ( AÇIKLAMALAR UYGUN DEĞİL )	TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKSİYON KALEMİ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

21	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) ( HASTANIN GÜNCEL KİLOSU RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ. )	INFATRINI 200 ML(200 KCAL); 04/07/2020 TARİHLİ KİLOSU 9000 GR İTİRAZIN REDDİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"><li>• ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ( HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.AYRICA TEVZİ LİSTESİNDE KAYDI YOK.)</li><li>• MOPEM 1 GR IV ENJEKTABL TOZ ICEREN 1 FLK ( TEVZİ LİSTESİNDE YOK.)</li><li>• VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON ( TEDAVİYE ARA VERİLMEMİŞ,PASİ DEĞERİNDE DÜZELME YOK. )</li><li>• REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK. ( RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.BİRİ MAKSİMUM DOZ İNDOMETAZİN OLMAK ÜZERE EN AZ 3 NONSTEROİD ANTIİNFLAMATUAR İLACI MAKSİMUM DOZUNDA KULLANMASI GEREKLİ. )</li><li>• MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON ( TEVZİ LİSTESİNDE YOK.)</li><li>• ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA;60 MCG LİK FORMU BİR HAFTA ÖNCE ALINDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• MOPEM 1 GR IV ENJEKTABL TOZ ICEREN 1 FLK;EKTE SUNULAN TEVZİ LİSTESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON; EKTE SUNULAN TEVZİ LİSTESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA;23/07/2020 TARİHİNDE 50 MCG LİK FORM ALINMASINA KARŞIN BİR GÜN SONRA 24/07/2020 TARİHİNDE (VERİLİŞ TARİHİ) 40 MCG LİK FORM VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
23	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	<ul style="list-style-type: none"><li>• FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)</li><li>• JANUMET 50/850 MG 56 FİLM KAPLI TABLET (METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK;RAPOR ICD 10 KODU UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• JANUMET 50/850 MG 56 FİLM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
25	XARELTO 15 MG 28 FTB (KALP YETMEZLİĞİ NYHA SINIF 3 II, DİABETES MELLİTUS VEYA HİPERTANSİYON DURUMLARINDAN BİR YA DA DAHA FAZLASINA SAHİP OLAN ORTA CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA; VARFARİN KESİLEREK RİVAROKSABAN TEDAVİSİNE GEÇİLEBİLİR.)	XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
26	TASIGNA 200 MG 112 KAPSUL (RAPOR AÇIKLAMALARI YETERLİ DEĞİL. NİLOTİNİB YALNIZCA;İMATİNİB DAHİL ÖNCEKİ TEDAVİLERE DİRENÇLİ VEYA İNTOLERE PHİLADELPHİA KROMOZOMU PZİTİF KRONİK EVRE VEYA HIZLANMIŞ EVRE KML HASTALARINDA BAŞLANIR. EK OLARAK	TASIGNA 200 MG 112 KAPSUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

	RAPORDA BELİRTİLEN DURUMUNUN EN AZ 2 ÖLÇÜMLE KONFİRME EDİLMİŞ MAJÖR MALEKÜLER YANIT KAYBI(ULUSLAR ARASI SKALA İLE %1'İN ÜZERİNDE OLMASI GEREKLİ.)	
27	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALIPZA 4 MG FILM TABLET (HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT)</li> <li>TARDEN 10 MG 30 FILM TB.(İDAME TEDAVİ DEĞİLDİR. .... TARİHLİ RAPOR, LDL ÖLÇÜMÜ VE İLAÇ GEÇMİŞİ YOK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALIPZA 4 MG FILM TABLET;İLACIN 4 MG VE 2 MG FORMLARINI AYNI ANDA KULLANDIĞI HALDE RAPORDA DOZ BELİRTİLMEMİŞ. İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>TARDEN 10 MG 30 FILM TB;HASTANIN İLK KOLESTEROL RAPORU 08/10/2019 TARİHLİDİR. İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
28	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. ÇÖZL. HAZ. İÇİN LİYOF. TOZ İÇEREN 1 FLK. (HASTANIN 4 AYIN SONUNDA TEDAVİYE VERDİĞİ CEVAP RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİ İÇİN KESİLDİ.)	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. ÇÖZL. HAZ. İÇİN LİYOF. TOZ İÇEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ODenMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>LUCENTIS 10 MG ML ENJ.COZ.IC.FLAKON ( BEVACİZUMAB ETKİN MADDELi İLAÇLA TEDAVİYE CEVAPSIZLIK/YETERSİZLİK DURUMU RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.GÜNCEL RAPORUNDAKİ OCT DEĞERİ TEDAVİYE YETERLİLİK DURUMUNA UYGUN DEĞİL)</li> <li>LUCENTIS 10 MG ML ENJ.COZ.IC.FLAKON, BEVACİZUMAB ETKİN MADDELi İLAÇLA TEDAVİYE CEVAPSIZLIK/YETERSİZLİK DURUMU RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ. TEDAVİYE YANIT ALINMA DURUMU SUT A UYGUN DEĞİL )</li> <li>EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL ( BEVASİZUMABDAN GEÇİŞTE TEDAVİYE CEVAPSIZLIK/YETERSİZLİK DURUMU RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ. İLAÇ KULLANIMI HALİNDE OCT DEĞERİ 250 MİKRON ÜZERİNDEDİR. )</li> <li>ERBITUX 500 MG/100 ML IV INFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK ( DAHA ÖNCE CETUXİMAB VEYA DİĞER ANTİ-EGFR TEDAVİLERİ KULLANIP KULLANMADIĞI RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİ İÇİN KESİLDİ. )</li> <li>CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLAKON 1.( HASTA METASTATİK HASTALIĞI İÇİN DAHA ÖNCE KEMOTERAPİ ALDIĞI, PAKLİTAKSEL İLE KOMBİNE KULLANDIĞI, TEK AJAN OLARAK KULLANILMADIĞI İÇİN KESİLDİ. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LUCENTIS 10 MG ML ENJ.COZ.IC.FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ODenMESİNE.</li> <li>LUCENTIS 10 MG ML ENJ.COZ.IC.FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ODenMESİNE.</li> <li>EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ODenMESİNE.</li> <li>ERBITUX 500 MG/100 ML IV INFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ODenMESİNE</li> <li>CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ODenMESİNE</li> </ul>
30	<ul style="list-style-type: none"> <li>MABTHERA 100 MG.10 ML.2 FLAKON (RAPORDA ENDİKASYON YETERSİZ VE HASTA 12 KÜR DEN FAZLA KULLANMIŞ. )</li> <li>MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON (</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MABTHERA;FLİLÜLER LENFOMADA İNDÜKSİYON TEDAVİSİNE YANIT VERMİŞ (8 KÜR KULLANDIKTAN SONRA), İKİ YIL İÇİNDE İLAVE 8 KÜR DAHA KULLANABİLECEĞİNDEN VE BU REÇETEYLE 14.</li> </ul>

	RAPORDA ENDİKASYON YETERSİZ VE HASTA 12 KÜRDEN FAZLA KULLANMIŞ.)	KÜRÜ ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
<b>31</b>	OLAXINN 20 MG AĞIZDA DAĞILAN 28 TB(HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT. RAPOR DOZ AYARI UYGUN DEĞİL.)	OLAXINN 20 MG AĞIZDA DAĞILAN 28 TB;HASTANIN HEM 10 MG LİK HEMDE 20 MG LİK FORMU BİRLİKTE KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.