

09.12.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	XELJANZ 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET(HASTA İLACA BU RAPORLA BAŞLAMIS VE RAPOR BAŞLANGIÇ RAPORU DEĞİL.)	XELJANZ 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET; RAPORDA YAN ETKİ NEDENİYLE İLAÇ DEĞİŞİMİ YAPILDIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
2	IMPACT GLUTAMİN 500 ML(565 KCAL)(AYNI ECZANE TARAFINDAN 8/10 VE 2/11 TARİHLERİNDE ENSURE 250 9X1 ÇIKIŞI YAPILMIŞ) (8/10 TARİHLİ REÇETESİ DE ÖRNEKLEMEDE)	IMPACT GLUTAMİN 500 ML;04/10/2021 TARİHLİ E-REÇETEDE ENSURE KAKAOLU VE VANİLYALI 135 ER KUTU (TOPLAMDA 270 ADET) YAZILDIĞINDAN, 04/10/2021 VE 08/10/2021 TARİHİNDE İKİYE BÖLÜNEREK BİR AYLIK DOZDA VERİLDİĞİNDE 03/11/2021 TARİHİNDE BİTTİĞİNDEN VE 15/10/2021 TARİHİNDE TEDAVİ DEĞİŞTİĞİNE DAİR RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
3	IBANOS 150 MG 3 FTB (RAPORDAKİ KMY ÖLÇÜMLERİ UYGUN DEĞİL VE KMY ÖLÇÜM TARİHİ YOK, AYRICA L1-L3 GEÇERLİ DEĞİL.)	IBANOS 150 MG 3 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">BEBELAC LF 400 GR.TOZ(2.040 KCAL)(İLAÇ DOZUNU ECZACI HATALI GİRDİĞİ İÇİN 12 GÜN SONRA HASTA TEKRAR İLAÇ ALMIŞ)DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)(6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANIYOR .PSİKİYATRİ UZMANI GEREKLİ)	<ul style="list-style-type: none">BEBELAC LF ; HATALI GİRİLEN ÖNCEKİ REÇETELERDE DOZ DÜZELTMESİ YAPILMIŞTIR. RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.DUXET;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE (418 UYARI KODUYLA VERİLMİŞ)	EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE ; EKLELEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	EMOCLOT –DI 500 IU (FACTOR8) 1 FLK (RAPORA GÖRE (1-TOPLAM 10500 IU KULLANILACAK) DOZ DÜZELTİLDİ.)	EMOCLOT –DI 500 IU ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.(RAPOR 1 0.01.2019 TARİHİNDE BİTEN RAPORDAN SONRA ÇIKMIŞ.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)	LIPITOR; 16/08/2017 TARİHLİ RAPORUYLA İDAME TEDAVİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
8	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (HASTA 75 YAŞ ALTI OLUP SİSTEMDE KAYITLI RAPORLAR ARASINDA RİSK FAKTÖRLERİYLE İLGİLİ RAPOR YER ALMAMAKTADIR)	ELIQUIS; HASTANIN HİPERTANSİYON ÖN TANISI ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	TİOPATI 600 MG 30 FILM TABLET (254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)	TİOPATI 600 MG 30 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF)(HASTANIN SİSTEMDE SB ONAYLI END DİŞİ İZİNİ GÖRÜNÜMÜYOR)	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI;EKLELEN ENĐİKASYON DİŞİ İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LİYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON(20 EYLÜL DE ALDIĞI 12 KUTU İLAÇ 18 ARALIĞA KADAR YETİYOR. ECZANE DOZU HATALI GİRMİŞ. VE HASTANIN ELİNDEKİ İLAÇ BİTMEDEN 418 KODUYLA TEKRAR 12 KUTU VERİLMİŞ.DOZ YİNE HATALI GİRİLMİŞ.)	VERXANT; RAPORA GÖRE İLK 12 KUTU 9 HAFATA BİTECEK ŞEKİLDE AYARLANMIŞTIR. HATALI DOZ GİRİŞİNDEN DOLAYI ERKEN ALINDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">ZENO 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(RAPORDA GÜNCEL	<ul style="list-style-type: none">ZENO; GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

	<p>TARİHLİ KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU VEYA SERUM FERRİTİN DEĞERİ YOK.)</p> <ul style="list-style-type: none"> 120 MG SC. ENJEKSİYONLUK COZ. ICEREN 1 FLAKON (RAPOR SÜRESİ DOLMUŞ VE KEMİK PROGRESYONU OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> XGEVA ; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
13	<p>ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(MEVZUATTAN İADE EDİLEN REÇETE İÇİN EKLENEN TAHLİL BELGESİ TARİHİ EYLÜL 2021 OLARAK BELİRTİLMİŞ OLDUĞUNDAN ; TAHLİLİN 10.09.2021 TARİHLİ REÇETEDEN ÖNCE Mİ SONRA MI YAPILDIĞI ANLAŞILAMADIĞINDAN İLGİLİ İLAÇ BEDELİ ÖDENMEDİ.)</p>	<p>ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</p>
14	<p>FEROUT S 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 TABLET TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR (EK-4/F-47). REÇETESİZ VERİLMİŞ BİR İLAÇTIR.)</p>	<p>FEROUT S 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p>
15	<ul style="list-style-type: none"> CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(RAPORDA DEVAM KRİTERİ VE HASTA ONAY FORMU BELİRTİLMEMİŞ.) VEXPERDA 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(İADE EDİLDİ VE REÇETEDe KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU VEYA SERUM FERRİTİN DÜZEYİ BELİRTİLMEMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> CIMZIA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. VEXPERDA; KESİNTİDEN ÖNCE 08/11/2021 TARİHİNDE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
16	<p>BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (T SKORU:L2-L4:-3,1 KEMİK TARAMASI TARİHİ:06.05.2019 KMY DEĞERİ İKİ YILDA BİR YENİDEN BAKILMALIDIR)</p>	<p>BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET ; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</p>
17	<ul style="list-style-type: none"> NEOCATE JUNIOR VANİLYA AROMALI 400 GR (HASTA 2 YAŞINDAN BÜYÜK.) XARELTO 15 MG 28 FTB (RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK,ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> NEOCATE; İLGİLİ RAPOR VE ÖNCEKİ RAPORLAR T78.2 KODUYLA ÇIKTIĞINDAN VE HASTA İKİ YAŞINI GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. XARELTO 15 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<p>TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET (DİYABET RAPORU YA DA İLACI MEVCUT DEĞİLDİR.)</p>	<p>TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET;RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE</p>
19	<ul style="list-style-type: none"> BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254) CORALAN 5 MG 56 FTB (RAPOR ICD 10 KODU-TANI VEYA RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.) TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ (LAMA)(LABA LAMA İKS KOMBİNE KULLANILYOR. GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.) FORPACK 12/400 MCG CAPSAIR İNHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60 KAPSUL (LABA+İKS)(LABA LAMA İKS KOMBİNE KULLANILYOR. GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> BENEDAY; RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE CORALAN; RAPOR ICD 10 KODU VE RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. TIOFIX- ASTİM VE BRONŞEKTAZİ TANISINDA ÖDENMESİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. FORPACK ; ASTİM TANISINDA AÇIKLAMA İSTENMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
20	<p>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</p>	<p>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p>

21	VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET (HASTANIN 2020 DEKİ RAPORUNDA ANTİVİRAL DEĞİŞİMİ İLE İLGİLİ GEREKÇE YOK.)	VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	IBANOS 150 MG 3 FTB (HASTANIN T SKORU 07.2018 YILINDA YAPILMIŞ SUT HÜKMÜNE GÖRE 2 YIL GEÇERLİDİR)	IBANOS 150 MG 3 FTB ; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
23	PLAVIX 75 MG 28 FTB (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTİPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APIKSABAN(ELİQUİS)) KONTRENDİKEDİR)	PLAVIX 75 MG 28 FTB;İLACI KONTRENDİKASYONUNDA BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
24	XARELTO 20 MG 28 FTB(ENDİKASYON DIŞI KULLANIM)	XARELTO; RAPORDA ;" SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELİRTİLMEK KAYDIYLA; İNME VEYA GEÇİCİ İSKEMİK ATAK ÖYKÜSÜ, ≥ 75 YAŞ, KALP YETMEZLİĞİ NYHA SINIF ≥II, DİABETES MELLİTUS VEYA HİPERTANSİYON DURUMLARINDAN BİR YA DA DAHA FAZLASINA SAHİP OLAN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYON" BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
25	ARANESP 80 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (KURU AĞIRLIK:82,00 KG.; 0,98 MCG/KG/HAFTA; OLARAK HESAPLANMIŞ VE 80MCG LİK FORM VERİLMİŞ OYSA 82KG*0,75/HAFTA OLARAK GHESAPLANMALI VE 60MCG/HAFTA OLACAK ŞEKİLDE 60MCG LİK FORM VERİLMELİDİR)	ARANESP 80 MCG; E-REÇETEDe DOZ ,82 KG*0,75 MCG =61,5 MCG YAPTIĞINDAN ÖDENMESİNE.
26	ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(E-REÇETEDeKİ FERRİTİN VE TSAT DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA; E-REÇETEDeKİ TSAT VE FERRİTİN DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
27	ADEMPAS 2 MG 42 FILM KAPLI TABLET (EN AZ 3 AYLIK ANTİKOAGÜLAN TEDAVİSİ SONRASINDA ORTALAMA PAB DEĞERİNDE BİR DÜŞÜŞ OLMAYANLARDA KULLANILIR)	ADEMPAS; PAB DA AZALMA ŞARTI KOMBİNE TEDAVİ İÇİN GEREKLİ OLDUĞUNDAN VE KOMBİNE TEDAVİ ALMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
28	ENSURE PLUS FİBER KAKAOLU 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA ENSURE PLUS FİBER YAZILI ENSURE PLUS FİBER OLARAK VERİLMİŞ.)	ENSURE PLUS FİBER KAKAOLU 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	VEGABON PLUS D 2800 IU 4 TB (01.10.2018 TARİHLİ KMD L1-L4 T SKORU:-4.3 01/10/2018 16:04 KMYN ÖLÇÜMÜ İKİ YIL GEÇERLİDİR)	VEGABON PLUS D 2800 IU 4 TB ;RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
30	IBANOS 150 MG 3 FTB (KDT:12.06.2019 FEMUR BOYUN T SKOR: -3.1 L2L-4 T SKOR: -3,2 KMY ÖLÇÜM SONUCU İKİ YIL GEÇERLİDİR)	IBANOS 150 MG 3 FTB ; RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE
31	NUTRISON 500 ML (500 KCAL)(2500 KCAL'YE DÜŞÜRÜLDÜ)	NUTRISON 500 ML; NUTRISON ; 12/10/2021 TARİHLİ REÇETEYLE BİRLİKTE 2500 KCAL ALDIĞINDAN , DOZ 5*1 DEN 2*1 E DÜŞÜRÜLMÜŞ VE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.

32	<ul style="list-style-type: none">• PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(PTH DÜZEYİ 300 PG/ML'NİN ÜZERİNDE OLMAK KOŞULUYLA PTH DÜZEYİNDE BİR ÖNCEKİ ÖLÇÜME GÖRE %25'İN ÜZERİNDE ARTIŞ TESPİT EDİLEN HASTALARDA PARİKALSİTOL TEDAVİSİ BAŞLANABİLİR. SİSTEMDE GÖRÜLEN RAPORLARDA PTH DEĞERİ 520 OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ AYRICA 418 İLE ÇIKIŞ YAPILDIĞI İÇİN SONLANDIRMA DEĞERLERİNİN UYGUN OLUP OLMADIĞI BİLİNMIYOR HASTA DIYALIZE GİRDİĞİ İÇİN BU DEĞERLERE BAKILARAK KULLANILMALIDIR)• FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(03.09.2019 KMD L1-L4 T SKOR -2,5 FEMUR T SKOR -1,1 03/09/2019 11:18 KMY ÖLÇÜMU 2 YILDA BİR YENİLENMELİDİR)• PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (10/2019 TARİHİNDEKİ DEĞERLER İLE İDAME RAPORU ÇIKARILMIŞ VE 10/2021 TARİHİNDE DIYALIZE GİREN HASTA OLDUĞU İÇİN YENİ DEĞERLERE BAKILARAK DEVAM KRITERINE UYGUN İSE VERİLMEYE DEVAM EDİLMELİDİR)• BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (T SKORU L2+ L4=-2,8(20/04/2018 MŞH) KMY ÖLÇÜM SONUCU İKİ YILDA BİR YENİLENMELİDİR)• THINCAL 120 MG 84 KAP (-YAZILAN HER REÇETEYE, HASTANIN BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE KAYBETTİĞİ KİLO, DİYET VE EGZERSİZE UYDUĞU, BMI DEĞERİ HEKİM TARAFINDAN YAZILARAK KAŞE VE İMZA ONAYI YAPILACAKTIR.ANCAK 418 KODU İLE VERİLMİŞ)• PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (PARICAL AMP HASTA HEMODİYALIZE GİRDİĞİ İÇİN İLACIN VERİLDİĞİ YENİ TARİHTEKİ DEVAM DEĞERLERİNE BAKILMADAN 418 KODU İLE ÇIKIŞ YAPILAMAZ)• PERFOSE 800 MG 180 FTB (FOSFOR DÜZEYİ 3.5MG/DL'NİN ALTINDA OLDUĞU DURUMLARDA SEVELAMER TEDAVİSİ KESİLİR, BU DEĞERE BAKILMADAN 418 KODU İLE İLACA DEVAM EDİLAMEZ HASTA ZATEN DIYALİZ HASTASI BU DEĞERLERE BAKILARAK DOKTOR TARAFINDAN VERİLEBİLİR)	<ul style="list-style-type: none">• PARICAL: 18/02/2020 RAPORU PARİKAL İÇİN BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN VE SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCE OLDUĞUNDAN İDAME TEDAVİDE EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.• PARICAL: EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. 2ISZ7T1- PERFOSE-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.• FOSAVANCE ; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. 2IPLVHH - BONVIVA; RAPORDA YER ALAN VERTEBRA FRAKTÜRÜ VE KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR• THINCAL 120 MG 84 KAP; BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE KİLO KAYBI, DİYET VE EGZERSİZE UYMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN VE YENİ RAPORDA DA ESKİSİNE GÖRE KİLO KAYBI BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
----	---	--