

10.02.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	XTANDI 40 MG YUMUŞAK KAPSUL (112 KAPSUL) (SAĞLIK KURULU RAPORUNDA, TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI YOK.)	XTANDI 40 MG YUMUŞAK KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">NOVASOURCE G.I CONTROL VANILLA 500(528 KCAL) (RAPORDAKİ KALORİ MİKTARINA GÖRE AYARLANDI.)MODULEN IBD 400 GR (2000 KCAL) (RAPORDAKİ KALORİ MİKTARINA GÖRE AYARLANDI.)	RAPORDAKİ GÜNLÜK KALORİ MİKTARINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
3	<ul style="list-style-type: none">XEPLION 100 MG/1 ML IM UZUN SALIMLI SUSPANSİYON İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (HASTA TEDAVİYE ARA VERMEKSİZİN KULLANDIĞI VE NÜKS OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">XEPLION 100 -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.XOLAİR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (PATOLOJİK KIRIĞI OLMAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA, LOMBER BÖLGEDEN POSTEROANTERİOR YAPILAN KMY ÖLÇÜMÜNDE LOMBER TOTAL (L1-4 VEYA L2-4) VEYA FEMUR TOTAL VEYA FEMUR BOYNU KMY ÖLÇÜMÜNDE “ T” DEĞERLERİNDEN HERHANGİ BİRİNİN -2,5 VEYA DAHA DÜŞÜK OLMASI DURUMUNDA HASTANIN DEĞERİ 2,1)	BONVIVA; KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET (İADE SÜRESİ İÇERİSİNDE TAMAMLANMAMIŞTIR.) TEBOKAN SPECIAL TB. E-RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİLDİR.	RAPORDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
6	JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET (İADE EDİLDİĞİ HALDE EKSİK GİDERİLMEDİ)	JANUVIA; İADE SÜRECİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
7	URSOVEF 750 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	URSOVEF 750 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	LIPANTHYL 267 M KP. (TGL DEĞERİ UYGUN DEĞİLDİR.11.01.2022 TARİHİNDE YANLIŞLIKLA EKOPİRİN KESİLMİŞTİR.)	LIPANTHYL 267 M KP; TRG DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">GLUCERNA SR CİLEK AROMALI 230 ML. (206 KCAL) (RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR)ATARAX 25 MG.30 FILM TB. (RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">GLUCERNA SR CİLEK AROMALI 230 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEATARAX 25 MG.30 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	KIOVIG 5 GR/50 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTI İCEREN FLK ("OTOİMMÜN HEMOLİTİK ANEMİLER" TEŞHİSİNDE İLACIN	KIOVIG 5 GR/50 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTI İCEREN FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE

	ENDİKASYONU YOKTUR.)	ÖDENMESİNE
11	VENOMIA 20 MG KAPSUL (28 KAPSUL) (HASTANIN İLACI KULLANMASI İÇİN GEREKLİ RİSK FAKTÖRLERİ YETERLİ DEĞİL)	VENOMIA; 75 YAŞ VE ÜZERİ RİSK FAKTÖRLERİ ARASINDA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
12	GALVUS MET 50/850 MG 60 TB (İADE DÖNÜŞÜ GALVUS İÇİN RAPORA, SUTA UYGUN AÇIKLAMA YOK)	GALVUS MET 50/850 MG 60 TB; İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
13	KIOVIG 5 GR/50 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM İÇİN COZELTI İCEREN FLK (LİMBİK ENSEFALİT TEŞHİSİNDE NÖROLOJİ UZMANINCA REÇETE EDİLMELİDİR)	KIOVIG -LİMBİK ENSEFALİT TEŞHİSİNDE NÖROLOJİ UZMANINCA REÇETE EDİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
14	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDAME TEDAVİSİNDE HER KIRMIZI REÇETEYE YAZAN DOKTOR TARAFINDAN YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPİYAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR İFADESİ YAZILACAK.)	SUBOXONE- İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> EMEND 3 KAPSUL (RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK) ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK) 	<ul style="list-style-type: none"> ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. EMEND; RAPORDA EPİRUBİSİN VE SİKLOFOSFAMİD KEMOTERAPİSİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE
16	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (PARANTERAL DEMİR KULLANIMA UYGUN ŞARTLARI SAĞLAMİYOR)	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	DEPARTON 20 MG 60 FTB (FONKSİYONEL KAPASİTELERİNİN NYHA SINIF II, III VEYA IV OLMASI VE VAZOREAKTİVİTE TESTİNİN NEGATİF OLMASI DURUMUNDA HASTALARDA TEDAVİYE BAŞLANIR. UYGULANACAK TEDAVİ ÜÇER AYLIK PERİYOTLAR HALİNDE YUKARIDA AÇIKLANAN HUSUSLAR DOĞRULTUSUNDA SAĞLIK KRAPORUNDA BELGELENECEKTİR)	DEPARTON -FONKSİYONEL KAPASİTELERİNİN SINIF VE VAZOREAKTİVİTE TESTİNİN NEGATİF OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN VE KOMBİNE TEDAVİYE GEÇİLDİKTEN SONRA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ VE PAB'DA AZALMA OLMASI ŞARTI ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.