

13.07.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	COLNAR 5 MG 28 FTB(HASTANIN İNME RAPORU YOK VE LDL Sİ UYGUN DEĞİL)	COLNAR ; İSKEMİK İNME TANISI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
2	<ul style="list-style-type: none">FINGYA 0,5 MG 28 KAP(AŞAĞIDA BELİRTİLEN YÜKSEK HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİNDEN EN AZ İKİSİNİ TAŞIYAN HASTALARDA KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.1) SON 1 YIL İÇİNDE EN AZ BİR ATAK GEÇİRMİŞ OLMAK,2) BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE (YENİ T2 LEZYON, AKTİF LEZYON VEYA MEVCUT LEZYONDA BÜYÜME) ARTIŞ,3) DOĞRULANMIŞ (6 AY İÇİNDE GERİ DÖNÜŞÜMSÜZ) EDSS ÖLÇEĞİNDE EN AZ 0,5 PUAN ARTIŞI.)LEVOTIRON 125 MCG 50 TB(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	<ul style="list-style-type: none">FINGYA - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.LEVOTIRON; 2 FARKLI FORMLA BİRLİKTE RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	FEMARA 2.5 MG 30 FTB (ENDİKASYON UYUMU İLE İLGİLİ RAPOR AÇIKLAMASI YETERLİ DEĞİL.)	FEMARA 2.5 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	REVOLADE 50 MG 14 FTB(REVOLADE İÇİN HASTANIN SİSTEMDE SADECE BU REÇETEDKİ RAPORU VAR BAŞKA RAPORU YOKTUR SİSTEMDE VE BURAPOR BAŞLANGIÇ RAPORU SAYILMAKTADIR. TEDAVİYE BAŞLAMAK TROMBOSİT SAYISININ 30 000'İN ALTINDA OLMASI GEREKMEKTEDİR FAKAT HASTANIN TROMBOSİT SAYISI 80 000 OLDUĞU İÇİN ÖDENMEZ.)	REVOLADE 50 MG 14 FTB; EKLENEN TROMBOSİT DEĞERİ VE İLACA BAŞLAMA TARİHİ İLE İLGİLİ BELGE VE FATURA EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">FORZIGA 10 MG 28 FTB(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)VIDAPTİN MET 50 MG/1000 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET)(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)	<ul style="list-style-type: none">FORZIGA - RAPORDA AÇIKLAMA BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.VIDAPTİN -RAPORDA AÇIKLAMA BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
6	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML.(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ)	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	PLAVIX 75 MG 28 FTB(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	PLAVIX 75 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	CRESTOR 10 MG.28 TABLET(HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE YENİ LDL SONUCU YAZMIYOR.)	CRESTOR 10 MG.28 TABLET;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	GLUCERNA SR CİLEK AROMALI 230 ML.(206 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK.)	GLUCERNA SR CİLEK AROMALI 230 ML; RAPORDA 1 HAFTA SUREYLE ENERJİ İHTİYACININ %50 SİNDEN AZ ALIM VE 3 AYDA ½10 VE DAHA FAZLA İSTEMSİZ KİLO KAYBI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

10	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK)	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(İLACIN ETKİNLİĞİ, İLACA BAŞLANDIKTAN 3 AY SONRA DEĞERLENDİRİLİR. TEDAVİYE CEVAP ALINMIŞ VE İLACA DEVAM EDİLECEK İSE BU DURUMUN BELİRTİLDİĞİ 6 AY SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORUNA DAYANILARAK TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA) ENSURE 2 CAL VANILYA AROMALI 200 ML (400 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA) 	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ENSURE 2 CAL VANILYA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(1 GÜN ARA İLE AYNI GÖZE UYGULANAMAZ.) VOTRIENT 400 MG 60 TB(EN AZ BİR EN FAZLA İKİ SERİ KEMOTERAPİ SONRASI PROGRESYON GELİŞMESİ HALİNDE BEDELİ ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. VOTRIENT 400 MG 60 TB; RAPORA YAPILAN EKLEME S.B. EK ONAY ALINMAYACAK ENDİKASYON DIŞI İLAÇ LİSTESİNE UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
14	FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTİPEN(RAPORDAKİ DOZ 1*30ÜNİTE,REÇETEDE VERİLEN 1*40 ÜNİTE) VENTOLIN NEBULES 20 NEBUL(RAPORDAKİ DOZ 4*2,REÇETEDE VERİLEN 4*3) 	<ul style="list-style-type: none"> LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. VENTOLIN NEBULES 20 NEBUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA,24 HAFTA SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORLARINA İSTİNADEN TEDAVİ TEKRARLANABİLİR. REÇETENİN İLİŞKİLENDİRİLDİĞİ RAPORLA HASTA EN SON 07/2022 TARİHİNDE İLAÇ ALMIŞ 03/03/2023 TARİHİNDE AYNI RAPORLA TEKRAR İLAÇ VERİLMİŞ OYSA HASTA DOKTORA GİTTİĞİ İÇİN YENİ RAPORLA VERİLMESİ GEREKİRDİ)	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(E RAPOR KRİTERLERİ EKSİKTİR.)	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none"> NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İCİN COZELTİ (1 ADET) (FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK)(RAPOR SUTTA İSTENEN ŞARTLARI SAĞLAMİYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İCİN COZELTİ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	NUTRİVİGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA)	NUTRİVİGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

20	<ul style="list-style-type: none">FEMARA 2.5 MG 30 FTB(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU EKSİK.)ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">FEMARA 2.5 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none">FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTI(HASTANIN MENOPOZ DURUMU BELİRTİLMEMİŞ.)REAMPLA 100 MG KAPSUL (21 KAPSUL)(HASTANIN MENOPOZ DURUMU BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+IKS)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN(RAPOR DOZUDUR.)	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	<ul style="list-style-type: none">INFATRINI 200 ML (200KCAL)(HASTANIN 18 AYINI DOLDURDUGU TARİHE KADAR ÖDENDİ.)INFATRINI 200 ML (200KCAL)(İLACIN ADININ YAZILI OLDUĞU RAPOR SEÇİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">INFATRINI-2022-32.KOM.KALN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.INFATRINI 200 ML;İLAÇLA İLGİLİ 26/07/2022 TARİHLİ RAPOR SEÇİLMİŞTİR. RAPOR BİTİŞ TARİHİNE KADAR ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.