

13.08.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	DROPOETIN 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN KULL HAZIR 6 SIRINGA (REÇETEDE DOZ 150ÜNİTEX50KG/HAF TA =7500ÜNİTE (3X3000=9000ÜNİTE ÇIKIŞ YAPILMIŞ,3 KT.)..DOZ DÜZELTİLDİ,SİSTEM 2 KUTU ÖDEDİ.)	DROPOETIN 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN KULL HAZIR 6 SIRINGA;E-REÇETED EKİ 150 Ü* HG/HAF TA BAŞLANGIÇ DOZUNA GÖRE HESAPLANDIĞINDA 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HA VALE EDİLMİŞTİR.
2	CIPRALEX 20 MG.28 FİLM TABLET (SSRI) (TRAVMA SONRAS I STRES BOZUKLUGU GRUBUNDA YER ALAN TESHİS İCİN RAPOR GEREKMEKTEDİR)	CIPRALEX 20 MG.28 FİLM TABLET;BELİRTİLEN TEŞHİSTE RAPOR GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
3	RESOURCE JUNIOR FİBRE CİLEK AROMALI 200 ML(300 KCAL) (RAPORDA ENSURE PLUS FİBER SOL YAZILI RESOURCE JUNIOR FİBER OLARAK VERİLMİŞ)	RESOURCE JUNIOR FİBRE CİLEK AROMALI 200 ML;10/09/2019 TARİHLİ GEÇERLİ OLAN DİĞER RAPORUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none"> TARDEN 20 MG.30 FİLM TB. (LDL TETKİK NETİCESİ?) LIPANTHYL 267 M KP. (TRİG.DEĞERİ UYGUN DEĞİLDİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> TARDEN 20 MG.30 FİLM TB; 24/01/2018 TARİHLİ RAPORA GÖRE (İDAME TEDAVİ ALDIĞINDAN) ÖDENMESİNE. LIPANTHYL 267 M KP;TAHLİL BELGESİNE VE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON (HASTA 2012 YILINDA NAKİL OLMUŞTUR.'SUT; 4.2.12.A .2. (Ç) 2) DÜŞÜK RİSK GRUBU HASTALARDA HER HALUKARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 1 YIL, YÜKSEK RİSK GRUBU HASTALARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILIR.' MADDESİNE GÖRE ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.)	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ;HEPATECT - SUTUN 4.2.12.A-2-Ç MADESİNE GÖRE NAKİLDEN MAKSİMUM 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILACAĞINDAN VE NAKİLDEN SONRA 5 YILDAN FAZLA SÜRE GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
6	<ul style="list-style-type: none"> DILATREND 6.25 MG.30 TAB (RAPOR DOZU 1*1) COLASTIN-L 40 MG 30 FİLM TABLET (RAPORDAN ÖNCEKİ SON 6 AY STATİN KULLANMAMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> DILATREND 6.25 MG.30 TAB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. COLASTIN-L 40 MG 30 FİLM TABLET; 06/12/2019 TARİHLİ RAPOR İLE BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ ALDIĞINDAN İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	SEVAREN 800 MG 180 TABLET (RAPOR BAŞLAMA KRİTERLERİNE UYGUN DEĞİL)	SEVAREN 800 MG 180 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON (4.2.12.A/2) DÜŞÜK RİSK GRUBU HASTALARDA HER HALÜKARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 1 YIL, YÜKSEK RİSK GRUBU HASTALARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILIR.) (KAĞIT RAPOR 03.01 - ORGAN VE DOKU NAKLİ)	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON;İLGİLİ RAPORDA KARACİĞER NAKLİNİN 2008 YILINDA YAPILDIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN SUTUN 4.2.12.A-2-Ç MADESİNE GÖRE NAKİLDEN MAKSİMUM 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	LIPITOR 20 MG.30 TB. (RAP. ÖNCE İLACA 6 AYDAN UZUN SURE ARA VER. İDAME TED. DEĞİL.)	LIPITOR 20 MG.30 TB; İDAME TEDAVİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
10	ALATAB 600 MG 30 FTB (254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA OLMADIĞI HALDE SİSTEME GİRİLMİŞ)	ALATAB 600 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

11	TENRIBEL 245 MG 30 FTB (RAPORDA GÜNCEL HBSAG DURUMU BELİRTİLMEMİŞ.)	TENRIBEL 245 MG 30 FTB; 29/11/2019 TARİHLİ GEÇERLİ OLAN RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
12	UROCARE 3 G GRANUL İCEREN SASE (E-REÇETEDE İDRAR YOLU ENFEKSİYONU TEŞHİSİ OLMADIĞI HALDE 360-İDRAR YOLU ENFEKSİYONU UYARI KODU GİRİLEREK İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	UROCARE 3 G GRANUL; REÇETEDEKİ N41 TANISINA GÖR ÖDENMESİNE.
13	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR- KODUYLA 1 AYLIK TEDAVİ ÖDENİR	CIMZIA; 01/04/2020 TARİHİNDE S.B. TARAFINDAN YAYINLANAN VE 418 KODUYLA GİRİLEN REÇETE TARİHİNDE GEÇERLİ OLAN "İLAÇ GÜVENLİK İZLEM FORMLARIYLA KULLANILAN İLAÇLAR VE TEMİNLERİ İÇİN İZLENECEK YOL " DUYURUSUNA GÖRE 1 AYLIK DOZDA 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
14	COLASTIN-L 20 MG 30 FILM TABLET (RAP. ÖNCE İLACA ARA VER. İDAME TED. OLMAZ)	COLASTIN-L 20 MG 30 FILM TABLET ;SON BİR YILLIK İLAÇ ALIMINA GÖRE DEĞERLENDİRİLDİĞİNDE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">TAGRISSO 80 MG 28 FILM KAPLI TABLET (ÖDEME KOŞULUNA GÖRE ; EGFR T790M MUTASYON POZİTİFLİĞİ PROGRESYON SONRASI YAPILAN BİYOPSİ İLE TESPİT EDİLMİŞ OLAN &#8230;KOŞULUNU KARŞILAMADIĞINDAN BEDELİ ÖDENMEDİ.)VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (HASTA 14.07.2010 TARİHİNDE ZEFFİX TB İLE BAŞLAMIŞ.26.01.2011 YILINDA VİREAT TB E GEÇMİŞ.ANTİVİRAL DEĞİŞİM GEREKÇESİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">TAGRISSO 80 MG 28 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	DEPAKİN SURUP 150 ML (RAPORDAKİ DOZ 2*500MG YANI GÜNDE 5 ML ALMASI GEREKİR HASTANIN ANCAK2*8ML OLARAK SİSTEME GIRILMIŞ)	DEPAKİN SURUP 150 ML; 1 ML DE 57,64 MG ETKEN MADDE BULUNDUĞUNDAN RAPOR DOZUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
17	ENJEKTÖR VE UNACEFİN 1 GR İM 1 FLK (AYNI ECZANE HASTA KAYDINDA SEFTRİAKSON MEVCUTTUR. SEFTRİAKSON A-72: REÇETE EDİLME İÇİN EHU ONAYI GEREKMEYEN, ANCAK, AYNI İLAÇ 72 SAATTEN DAHA UZUN SÜRE KULLANILACAK İSE (EN GEÇ İLK 72 SAAT İÇİNDE) EHUNUN ONAYININ ALINMASI GEREKEN ANTİBİYOTİKLER. KAPSAMINDA ÖDENEN BİR İLAÇTIR. A-72 KAPSAMINDAKİ İLAÇLARDAN BİRİ KULLANILDIKTAN SONRA DİĞERLERİ EHU OLMAKSIZIN PEŞ PEŞ KULLANILAMAZ. HER İKİ REÇETEDE DE EHU ONAYI YOKTUR, GENEL CERRAH TARAFINDAN DÜZENLENMİŞTİR. HASTANEDE EHU MEVCUTTUR.)	ENJEKTÖR VE UNACEFİN 1 GR İM 1 FLK ;72 SAATTEN UZUN SÜRE KULLANILDIĞINDAN VE EHU ONAYI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

18	TAZOJECT 4,5 GR IV ENJ. LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLK (HASTANEDE ÇOCUK EHU MEVCUT)	TAZOJECT 4,5 GR IV ENJ. LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLK ;İLGİLİ HASTANEDE BİR ÇOCUK ENFEKSİYON UZMANI BULUNDUĞUNDAN VE BELGE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
19	LEVEMİR FLEXPEN 100U ML 5X3 ML. (RAPOR YENİLENMİŞ VE DETEMİR YERİNE YENİ RAPORLA LANTUS BAŞLANMIŞ)	LEVEMİR FLEXPEN 100U ML 5X3 ML; LEVEMİR FLEXPEN; 26/11/2018 TARİHLİ RAPOR GEÇERLİ OLDUĞUNDAN VE 01/06/2020 TARİHİNDE E-REÇETE YAZILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
20	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL) (RAPORDAKİNDEN FARKLI MAMA VERİLMİŞ.)	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML;İLGİLİ RAPORDA VERİLEN MAMA ADI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
21	DILTİZEM-SR 120 MG 48 TB (RAPOR DOZU 1*1)	DILTİZEM-SR 120 MG 48 TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	FORTINI MULTI FİBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) (RAPOR FANTOMALT MAMA İÇİN ÇIKMIŞ 418 KODU İLE FORTINI MULTI FİBER VERİLMİŞ)	FORTINI MULTI FİBRE MUZ 200 ML; 16/09/2019 TARİHLİ GEÇERLİ OLAN RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
23	HUMİRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ (HASTANIN RAPOR TARİHİNDEN SON 6 AY ÖNCESİNDE HUMİRA KULLANIMI BULUNMAMAKTADIR. TEDAVİYE UZUN SÜRE ARA VEREN (6 AY VE DAHA UZUN SÜRE) HASTALARDA YENİDEN BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ ARANACAĞINDAN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.DAS28 SKORU 5,1'DEN BÜYÜK OLMALIDIR. RAPORDAKİ DAS 28 SKORU=5'DİR.)	HUMİRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	İMURAN 50 MG FİLM KAPLI TABLET (END.UYUMU ARANIR.)	İMURAN 50 MG FİLM KAPLI TABLET ; 21/10/2020 TARİHLİ RAPORDAKİ TANILAR İLACIN ENDİKASYONUNA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ İCEREN AMP 1 ML 5 AMP (BAŞLAMA KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL.)	PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ İCEREN AMP 1 ML 5 AMP; İLK TEDAVİYE 08/06/2020 TARİHLİ REÇETEYİLE BAŞLANDIĞINDAN VE BU REÇETEDeki DÜZELTİLMİŞ CA DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
26	PLAVİX 75 MG 28 FTB (KAH ANGIOGRAFIK OLARAK BELGELENMEMİŞ)	PLAVİX 75 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	ADVAGRAF;SON ÇIKAN RAPORDA DOZ 1*4 MG	ADVAGRAF; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	XARELTO 15 MG 28 FTB (RAPORDA BELİRTİLEN BİLGİLER, SUT 4.2.15.D-1 MADDESİNDE BELİRTİLEN BAŞLANGIÇ KOŞULLARI İÇİN YETERLİ DEĞİL.)	XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	TASİGNA 200 MG.112 KAPSUL (SUT NİLOTİNİB KOŞULLARINDA; İMATİNİB DAHİL ÖNCEKİ TEDAVİLERE DİRENÇLİ VEYA İNTOLERE OLMA DURUMU, İLGİLİ BAŞLIĞIN 4. VE 5. MADDELERDE BELİRTİLEN KOŞULLARDAN BİRİNİ TAŞIMASI KOŞULUYLA KABUL EDİLEBİLİR. RAPORDA BU BİLGİ EKSİK OLDUĞU İÇİN KESİLDİ.)	TASİGNA 200 MG.112 KAPSUL;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none">ENJEKTOR 5 CC (A-72 KAPSAMINDAKİ İLAÇLARDAN BİRİ KULLANILDIKTAN SONRA DİĞERLERİ EHU OLMAKSIZIN PEŞ PEŞE KULLANILAMAZ)(27/05/2020 DE 6 KUTU NOVOSEF YAZILMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">PEŞPEŞE 72 SAATTEN FAZLA KULLANILDIĞI VE EHU ONAYI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

	<ul style="list-style-type: none">• DESEFIN 1 GR.IM (HASTANIN ENFEKSİYONUNUN APAT'A UYGUN OLDUĞUNU BELGELEYEN EHU' NUN DA İÇİNDE BULUNDUĞU BİR SAĞLIK KURULU İLE VE A-72 KAPSAMINDAKİ İLAÇLARDAN BİRİ KULLANILDIKTAN SONRA DİĞERLERİ EHU OLMAKSIZIN PEŞ PEŞE KULLANILAMAZ)	
31	MODIODAL 100 MG.30 TABLET (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	MODIODAL 100 MG.30 TABLET ;21/04/2020 TARİHLİ GÜNCEL RAPORUNDA DOZ 2*1 OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
32	LEV MONT 2,5 MG/4 MG 30 ÇİĞNEME TABLET (HASTA RAPORUNDA DA ALLERJİK RİNİT OLMADIĞI HALDE SİSTEME GİRİLMİŞ)	LEV MONT 2,5 MG/4 MG 30 ÇİĞNEME TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.