

16.12.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

| Dosya No | İTİRAZ KONUSU | KOMİSYON KARARI |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <ul style="list-style-type: none">MILUPA OS 1 500 G (RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ’’ UYARISI VERMİŞTİR.)MILUPA BASIC-P 400 G (BASIC P 400 GR MAMA) (RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ’’ UYARISI VERMİŞTİR.)BEBELAC PEPTI JUNIOR 450 GR.TOZ (2.318 KCAL)(RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ’’ UYARISI VERMİŞTİR.)FANTOMALT 400 GR (1520 KCAL) (RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ’’ UYARISI VERMİŞTİR.)INFATRINI 200 ML (200 KCAL) (RAPORDAKİ DOZLAR GİRİLİNCE SİSTEM ‘‘İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ’’ UYARISI VERMİŞTİR.)CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE YENİDEN BAŞLARKEN BAŞLAMA KRİTERİ EKSİK BELİRTİLMİŞ) | <ul style="list-style-type: none">MILUPA OS 1 500 G;REÇETEDeki MAMALARIN DOZU RAPORDAKİNE GÖRE DÜZELTİLMİŞTİR. BİTİŞ TARİHLERİ UZADIĞINDAN 14/09/2021 DE 418 İLEVERİLEMEYECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.INFATRINI 200 ML;RAPOR DOZUNA GÖRE ÖNCEKİ REÇETE 1*2,5 OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDEN VE SİSTEM ŞİMDİKİ REÇETESİNİ ÖDEMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 2 | PLETAL 100 MG 60 TABLET(PLETAL,PLAVİX.ECOPİRİN İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN)KONTRENDİKEDİR. HEKİM RAPOR ÇIKARMIŞ ANCAK KURUM ENDİKASYON ŞARTI ARADIĞI İÇİN BU KULLANIM ŞEKLİ İÇİN END. DIŞI BELGE GEREKLİ) | PLETAL 100 MG 60 TABLET ;GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNDEN GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE. |
| 3 | LAMERIS 800 MG 180 FTB (TEŞHİS/TANI - KBY; P:3.47 (01.10.2021); P DEĞERİ 3,5 UN ALTINA DÜŞTÜĞÜ ZAMAN TEDAVİ KESİLİR) | E-REÇETEDe YER ALAN 01/10/2021 TARİHLİ P DEĞERİ 3,5 ALTINDA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 4 | <ul style="list-style-type: none">ALATAB 600 MG 30 FTB (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR)PRATİN 2 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPORDA LDL SONUCU YOK) | <ul style="list-style-type: none">ALATAB 600 ; İLGİLİ RAPORDA PERİFERAL YAZMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.PRATİN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 5 | <ul style="list-style-type: none">FESOR 500 MG DAGILABİLİR TABLET (28 TABLET)(TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.)ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(TAHLİL DEĞERLERİ OLMADAN İLAÇ KULLANILMAZ,DOZ AYARLANAMAZ.9PERFOSE 800 MG 180 FTB(TAHLİL DEĞERLERİ OLMADAN İLAÇ KULLANILMAZ,DOZ AYARLANAMAZ.) | <ul style="list-style-type: none">FESOR 500 MG DAGILABİLİR TABLET; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.PERFOSE 800 MG 180 FTB ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 6 | <ul style="list-style-type: none">AYSETFINE INSULIN KALEM İGNE Sİ 31G (0,25X5MM)(İLAÇ DOZUDUR.)EXCALİBA 40/10 MG 28 FILM TABLET(RAPORDA KOMBİNE İLAÇ KULLANIM | <ul style="list-style-type: none">AYSETFINE; GÜNDE TEK DOZ İNSÜLİN KULLANILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN GÜNDE 1*1 OLARAK DÜZELTİLMİŞTİR. İTİRAZIN |

| | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | GEREKÇESİ YOK.) | <p>REDDİNE.</p> <ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 7 | <ul style="list-style-type: none"> THINCAL 120 MG 84 KAP (HASTANIN BİR ÖNCEKİ AYA GÖRE KİLO KAYBI VÜCUT KİTLE İNDEKSİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.) 245 MG 90 FILM KAPLI TABLET(RAPORDAKİ DEĞERLERE GÖRE ANTI HBS +OLDUĞU GÖRÜNDÜĞÜNDEN EN FAZLA 1 YIL DAHA KULLANABİLECEĞİ İÇİN KESİLDİ.GÜNCEL HBS AG DEĞERİ VE RAPORDA HBS AG DEĞERİ BULUNMAMAKTADIR.) | <ul style="list-style-type: none"> THINCAL ; RAPORDA TEDAVİNİN 12 HAFTASI SONUNDA HASTALARDA BAŞLANGIÇTAKİ VÜCUT AĞIRLIĞININ EN AZ %5'İNİ KAYBETTİĞİ, BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE KİLO KAYBI VE DİYET VE EGZERSİZE UYUP UYMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. VOXUS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 8 | CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(25/02/2021 TARİHLİ RAPORDA DOZ: 3 YÜKLEME DOZU UYGULAMASINDAN SONRA, TEDAVİYE 2 HAFTADA BİR 1X1 SERTOLİZUMAB PEGOL 200 MG İLE İDAME ETMESİ UYGUNDUR. " İLK 3 DOZ ŞUBAT,MART,MAYIS REÇETELERİDİR,SONRAKİ REÇETELERDE DOZ 2 HAFTADA 1X1 DÜZELTİLDİ- BU REÇETEDEN "İLAÇ BİTİM TARİHİ GELMEDİ SİSTEM UYARISI "--ÖDEME DIŞI BIRAKILDI) | CIMZIA; RAPORA GÖRE İLK YÜKLEME DOZUNDAN SONRA DOZLAR HATALI GİRİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE |
| 9 | LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.(RAPORDAKİ LDL YETERLİ DEĞİL.) | LIPITOR-RAPORDAKİ İKİ LDL DÜZEYİNİN 130 MG/DL'NİN ÜSTÜNDE OLDUĞU DURUMLARDA; ÜÇ EK RİSK FAKTÖRÜ VARSA VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> IPRASAL NEBULİZASYON İCİN TEK DOZLUK İNHALASYON COZELTİSİ İCEREN FLAKON 20X2,5 ML FLAKON/KUTU (RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ.) BREQUAL 50/500 MCG İNHALASYON İCİN TOZ İCEREN 60 KAPSUL (LABA+İKS)(HASTAYA KOMBİBE TEDAVİ UYGULANIYOR VE KOAH RAPORUNDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) VASTAREL MR 35 MG 60 FTB(RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.) DETRUSİTOL SR 4 MG 28 KAPSUL (RAPORDA ORAL OKSİBUTİNE YANIT ALINAMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.) SPIRİVA 18 MCG.İNHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPORDA KOMBİNASYON TEDAVİ İÇİN SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) | <ul style="list-style-type: none"> IPRASAL; RAPORDA SALBUTAMOL SULFAT+İPRATROPIUM BROMUR DOZU 4*2 OLDUĞUNDAN VE DOZ AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. BREQUAL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. VASTAREL; RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. DETRUSİTOL -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. SPIRİVA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA VERİLMİŞ) SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA VERİLMİŞ) | <ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE- İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. SUBOXONE 8 MG- İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> CLONEX 100 MG.50 TABLET (REÇETE İLE BİRLİKTE "KLOZAPİN GRANÜLOSİT İZLEM FORMU" DA HEKİMLER TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.) WARFMADIN 5 MG TABLET (28 TABLET) (COUMADİN 5 MG 28 TB)(VARFARİN KESİLEREK RİVAROKSABAN TEDAVİSİNE GEÇİLİR.) | <ul style="list-style-type: none"> CLONEX; İZLEM FORMU İSTENMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. WARFMADIN; AYNI REÇETEDEN RİVAROKSABANLA BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN VE SUT UN 4.2.15.D-1-1-A MADDESİNE GÖRE VARFARİN KESİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 13 | JANUMET 50/850 MG 56 FILM KAPLI TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI YETERLİ DEĞİL.) | JANUMET - İADE DUYURUSUNA GÖRE İADE EDİLMESİNE, İADE SONUCU EKSİKLİK GİDRİLMEMESİ HALİNDE KESİLMESİNE. |

| | | |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 | PAXIL RAPORUNDA 1X1 | PAXIL ;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 15 | XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(ENDİKASYON DIŞI KAYDI YOK.) | XTANDI; EKLENEN ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 16 | LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPOR AÇIKLAMASI ENDİKASYON UYUMU ŞARTINI KARŞILAMIYOR.) | LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 17 | ZENTIUS D 60 CIGNEME TABLETİ(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ) | ZENTIUS D 60 CIGNEME TABLETİ ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 18 | ALATAB 600 MG 30 FTB(RAPORDA OLMAYAN 254 TESHİS KODU SİSTEME GİRİLMİŞ.) | ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 19 | <ul style="list-style-type: none"> ZOLADEX 3.6 MG SUBKUTAN İMPLANT(ZOLADEX 3.6 MG; ERKEN EVRE MEME KANSERİ OLAN, ÖSTROJEN RESEPTÖRÜ (ER) POZİTİF, PRE/PERİMENOPAZAL KADINLARIN STANDART TEDAVİSİNDE YER ALAN KEMOTERAPİYE ALTERNATİF OLARAK ENDİKEDİR. BU HASTAYA ZOLADEX3,6MG SUBKUTAN İMPLANTI ECZANE VERDİĞİ SIRADA HASTA KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALDIĞI İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ) IBANOS 150 MG 3 FTB (KDM 20.03.2019 L1-L4 TSCORE -3.6 20/03/2019 09:40 KMY ÖLÇÜMÜ İKİ YIL GEÇERLİDİR) | <ul style="list-style-type: none"> ZOLADEX - KEMOTERAPİYLE BİRLİKTE HERHANGİ BİR KONTRENDİKASYONU BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE. IBANOS; RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 20 | LUSTRAL SPECIAL 100 MG 28 FILM TB. (SSRI)(TEDAVİ SÜRESİNİN UZATILMASI DURUMUNDA DOZ, EN DÜŞÜK ETKİLİ SEVİYESİNDE TUTULMALI VE TERAPÖTİK CEVABAGÖRE AYARLAMALAR YAPILMALIDIR. LUSTRAL SPECIAL, SABAH VEYA AKŞAM GÜNDE TEK DOZ HALİNDE VERİLMELİDİR.) | LUSTRAL SPECIAL 100 MG 28 FILM TB ; BİR ÖNCEKİ DOKTOR REÇETESİNDEKİ DOZ VE ADETİ GEÇMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE |
| 21 | BENEFIX 1000 IU/5 ML IV ENJ COZELTI İCİN TOZ VE COZUCU (RAPOR SÜRESİ (4500 ÜNİTEYİ GEÇMESİ GEREKTİĞİ DURUMLARDA, BU DURUMA SEBEP OLAN GEREKÇELERİN BELİRTİLECEĞİ 6 AY SÜRELİ YENİ RAPOR DÜZENLENİR.) 11.12.2021 TARİHİNDE DOLMUŞ (EK PROFLAKSİ RAPORU). 11.12.2021 TARİHİNDEN İTİBAREN 4500 IU'DEN ÖDENDİ.) | BENEFIX 1000 ; 22/11/2021 TARİHLİ YENİ RAPORUNA GÖRE ÖDENMESİNE |
| 22 | INLYTA 7 MG 56 FILM KAPLI TABLET (İLACA SUT HÜKÜMLERİNE UYGUN DEĞİL) | INLYTA- ÖNCEKİ RAPORU İLE KULLANDIĞI KABOZANTİNİB VASKÜLER ENDOTELYAL BÜYÜME FAKTÖRÜ (VEGF) HEDEFLİ TEDAVİ KAPSAMINDA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE |
| 23 | AIMAFIX-D.I 500 IU 1 FLK (RAPOR DOZUNA (HAFTADA 1X1) DÜZELTİLDİ) | AIMAFIX-D.I 500; 08/11/2021 TARİHLİ YENİ RAPORUNA GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 24 | ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) | ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 25 | BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK) | BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 26 | PULCET 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TB.(RAPORDA İLGİLİ ENDİKASYON YOK) | PULCET 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |