

## 17.03.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	NOVOSEVEN RT 2 MG ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU( RAPORDA BELİRTİLEN DOZA GÖRE 12 KEZ 1 MG KULLANILMALI. 12 KEZ 2 MG KULLANILMIŞ.)	NOVOSEVEN RT 2 MG ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU; İLACIN PROSPEKTÜSÜNE GÖRE AĞIR KANAMALARDA 90 MCG/KG VE 12 DOZA KADAR KULLANILABİLECEĞİNDEN, 16/02/2022 TARİHLİ RAPORA EKLENEN 180 MCG/KG DOZUYLA İLGİLİ ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ OLMADIĞINDAN , YİNE BU RAPOR ÖNCESİ VE SONRASINDA ÇIKAN RAPORLARDA KİLONUN 12 KG OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN VE YŞA GÖRE SONRADAN EKLENEN KİLO UYGUN GÖRÜLMEDİĞİNDEN 6 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	PERGE 225 MG (56 KAPSUL)( HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	PERGE 225 MG;ÖNCEKİ REÇETEYLE BİRLİKTE (150 MG LİK FORM) RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN VE RAPORDAKİ AÇIKLAMA UYGUN OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	<ul style="list-style-type: none"><li>LETRASAN 2,5 MG 30 FTB ( RAPORDA HASTANIN HANGİ EVREDE OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.)</li><li>XARELTO 20 MG 28 FTB ( RAPORDA HASTANIN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LETRASAN 2,5 MG 30 FTB; ERKEN , İLERİ VE METASTATİK EVRELERDE VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>XARELTO ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
4	UPTRAVI 800 MCG 60 FILM KAPLI TABLET ( HASTAYA 14.10.2019 TARİHİNDE RAPOR DÜZENLENEREK MASİTENTAN BAŞLANMIŞ.VE 1 AY SONRA 15.11.2019 TARİHİNDE SELEKSİPAG EKLENEREK KOMBİNASYON TEDAVİSİNE GEÇİLMİŞ.RAPORDAKİ DEĞERLENDİRME TARİHİ 12.02.2020 TARİHİ OLARAK YAZILMIŞ.VE KOMBİNASYON BAŞLANMASI TARİHİNDEN SONRA .KOMBİNE KULLANIMA GEÇİŞ KRİTERİNİ KARŞILAMAYAN RAPOR.)	UPTRAVI; RAPORUN ÇIKTIĞI TARİHTE " ENDOTELİN RESEPTÖR ANTAGONİSTİ (MASİTENTAN) KULLANAN HASTANIN PULMONER ARTER BASINCINDA ARTIŞ GÖZLEMLENMİŞ VE EFOR KAPASİTESİ DÜŞMÜŞ OLUP SELEKSİPAG TEDAVİSİNİN EKLENMESİNE KARAR VERİLMİŞTİR. İBARESİ OLDUĞUNDAN SUT UN 4.2.30.A-5. MADDESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none"><li>VIRENTE 0,5 MG 30 FTB ( HASTANIN SON 2 YILDA İMMÜNSUPRESİF TEDAVİSİ GÖRÜNÜYOR.)</li><li>NUCALA 100 MG SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICIN LIYOFİLİZE TOZ (1 FLAKON) ( RAPORDAKİ AÇIKLAMALAR SUT A GÖRE EKSİK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VIRENTE 0,5 MG 30 FTB; RAPORDA HBV DNA DEĞERİ VE BİYOPSİ KONTRENDİKASYONU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>NUCALA ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
6	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET ( HAST İLACI ALMIŞ.)	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET;29/09/2021 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	OLAXINN 20 MG AGIZDA DAGILAN 28 TB ( RAPOR İLAÇ DOZU UYGUN DEĞİL.)	OLAXINN 20 MG AGIZDA DAGILAN 28 TB ; GÜNDE 1*1 VE 1 KUTU VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none"><li>XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)( ENDİKASYON DIŞI İZİN KAYDI YOK.)</li><li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET( RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.BÖLGE BELİRTİLMİYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL; EKLENEN ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET; 06/06/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL. BÖLGE BELİRTİLMEMİŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET; 06/06/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
9	PANTACTIVE 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TB ( 20 ICD ENDİKASYON UYUMU ARANIR )	PANTACTIVE; RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
10	URSACTIVE 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET (UGEFAL 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET)( K21.9 GASTRO-ÖZOFAJIAL REFLÜ HASTALIĞI'NDA ÖDENMEZ)	URSACTIVE 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET;25/01/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LIPANTHYL 267 M KP.( 1) RAPORLU HASTALARDA RAPORUN YENİLENMESİ DURUMUNDA, YAPILAN TETKİK SONUCU DİKKATE ALINMADAN, DAHA ÖNCE ALINMIŞ İLACIN TEMİNİNE ESAS OLAN BİR ÖNCEKİ RAPORUN DÜZENLENME TARİHİ VEYA TEDAVİYE BAŞLAMA TARİHİ VE BAŞLAMA DEĞERLERİNİN RAPORDA BELİRTİLMESİ YETERLİDİR. İLGİLİ BİLGİ RAPORDA YOK.)</li> <li>• XARELTO 15 MG 28 FTB( (EKOKARDİYOĞRAFI İLE ROMATİZMAL KAPAK HASTALIĞI VEYA CİDDİ MİTRAL KAPAK HASTALIĞI OLMADIĞI GÖSTERİLYA PROTEZ KAPAK HASTALIĞI OLMAYAN HASTALARDA ÖDENİR. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LIPANTHYL -RAPORDA TRG DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>• XARELTO ; RAPORDA SUTA UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CANLOX PLUS 16 MG/10 MG/12,5 MG 28 TABLET ( SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA AYNI ECZANE TARAFINDAN FATURA EDİLMİŞ OLAN) (TELMISARTAN+HİDROKLOROTIAZİD) İLACI MEVCUT OLUP HER İKİSİNİN BİRLİKTE KULLANIMIYLA GÜNLÜK MAX DOZ 1X1 AŞILMIŞTIR</li> <li>• TELVIS PLUS 80/12.5 MG 28 TB ( SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA AYNI ECZANE TARAFINDAN FATURA EDİLMİŞ OLAN (AMLODİPİN + KANDESARTAN+HİDROKLOROTIAZİD) İLACI MEVCUT OLUP HER İKİSİNİN BİRLİKTE KULLANIMIYLA GÜNLÜK MAX DOZ 1X1 AŞILMIŞTIR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HER İKİ REÇETE AYNI HASTAYA AİT OLDUĞUNDAN VE 09/12/2022 TARİHLİ RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN TELVİS PLUS UN KESİLMESİNE VE CANLOOX PLUS UN ÖDENMESİNE.</li> </ul>
13	PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN AMP 1 ML 5 AMP (SUT A GÖRE PTH DÜZEYİ 300 PG/ML'NİN ÜZERİNDE OLMAK KOŞULUYLA PTH DÜZEYİNDE BİR ÖNCEKİ ÖLÇÜME GÖRE %25'İN ÜZERİNDE ARTIŞ OLMASI GEREKİYOR.)	PARICAL; BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN VE E-REÇETEDEKİ İDAME KRİTERLERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
14	ADVATE 1000 IU/5 ML IV ENJ İCİN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN FLK ( HASTANIN İLAÇ ALMASI GEREKEN TARİH 02.03.2022'DİR. BU TARİHTEN İTİBAREN 21.01.2022 TARİHLİ SGK DUYURUSU GEREĞİ REÇETELİ İLAÇ ALMASI GEREKMEKTEDİR. HASTANIN 3 GÜNLÜK İLAÇ BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	ADVATE 1000 IU/5 ML IV ENJ İCİN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN FLK; RAPOR YENİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PLAVIX 75 MG 28 FTB ( HASTADA İSKEMİK İNME YOK</li> <li>• VIRENTE 0,5 MG 30 FTB( İADE EDİLDİ GEREKLİ DÜZELTME YAPILMADI )</li> <li>• KINZY 10 MG 30 FTB ( İLGİLİ ENDİKASYON YOK)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• VIRENTE 0,5 MG 30 FTB;İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>• KINZY 10 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
	VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( HASTANIN	VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET; İLAÇ

16	ENTEKAVİRDEN TENOFOVİRE GEÇİŞİ UYGUN DEĞİL.)	DEĞİŞİM KRİTERİ 2013 YILINDA UYGUN OLMASA DAHI 2014 YILINDA , 1. YILIN SONUNDA HALEN HBV DNA POZİTİFLİĞİ DEVAM ETTİĞİNDEN UYGUNDUR. ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EMOCLOT-DI 500 IU (FACTOR 8) 1 FLK ( 21.01.2022 TARİHLİ SGK DUYURUSUNA İSTİNADEN 1 HAFTALIK DOZ) (28.02.2022 TARİHİNE KADAR) ÖDENDİ</li> <li>• EMOCLOT-DI 1.000 IU (FACTOR 8) 1 FLK ( 21.01.2022 TARİHLİ SGK DUYURUSUNA İSTİNADEN 1 HAFTALIK DOZ (28.02.2022 TARİHİNE KADAR) ÖDENDİ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 26/11/2021 TARİHLİ VE 6 AY SÜRELİ RAPORUNA GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
18	XARELTO 15 MG 28 FTB (ORTA CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• THINCAL 120 MG 84 KAP ( TEDAVİNİN 12 .HAFTASINDAKİ HASTANIN KİLO DURUMU BELİRTİLMEMİŞ VE RAPOR 3 AYLIK ÇIKMIŞ.)</li> <li>• XARELTO 15 MG 28 FTB(RAPORDA HASTANIN ORTA CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>• THINCAL 120 MG 84 KAP (HASTANIN İLK RAPORU SUTA UYGUN DEĞİL, BAŞLAMA KİLOSU VE ŞARTLARI GÖRÜNÜMÜYOR.)</li> <li>• FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB. (RAPORDAKİ ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)</li> <li>• XARELTO 15 MG 28 FTB (RAPORDA HASTANIN ORTA CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• THINCAL; BAŞLANGICA GÖRE GÜNCEL KİLOSU BMI DEĞERİ , DİYET VE EGZERSİZE UYDUĞU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>• XARELTO 15 MG 28 FTB;03/07/2020 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• THINCAL 120 MG 84 KAP;BAŞLANGICA GÖRE GÜNCEL KİLOSU BMI DEĞERİ,DİYET VE EGZERSİZE UYDUĞU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>• FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• XARELTO 15 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
20	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET 72,81 İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.