

19.01.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">MOTIS 10 MG 21TABLET(7 GÜNÜ AŞMAMAK ŞARTIYLA 3X10 MG/GÜN ŞEKLİNDE KULLANILMALIDIR MAKSİMUM TEDAVİ SÜRESİ GENELLİKLE 1 HAFTAYI AŞMAMALIDIR.. HASTAYA 16/09/2022 TARİHİNDE 3*1 OLARAK 9 KUTU VERİLMİŞ SURE BITİMİNDE TEKRAR 9 KUTU OLARAK REÇETELENMİŞTİR 60 YAŞ ÜZERİ YAŞLI HASTALARDA KULLANIMI, CİDDİ VENTRİKÜLER ARİTMİ VEYA ANİ KARDİYAK ÖLÜM OLASILIĞINI ARTTIRABİLMEKTEDİR.)	<ul style="list-style-type: none">MOTIS 10 MG 21TABLET(7 GÜNÜ AŞMAMAK ŞARTIYLA 3X10 MG/GÜN ŞEKLİNDE KULLANILMALIDIR MAKSİMUM TEDAVİ SÜRESİ GENELLİKLE 1 HAFTAYI AŞMAMALIDIR. İTİRAZIN REDDİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">REVLİMİD 5 MG 21 SERT KAP(EN AZ 2 KÜR STANDART MULTİPLE MYELOM TEDAVİSİ KULLANIM SONRASI HASTALIK PROGRESYONU GELİŞMİŞ HASTALARDA KULLANILIR HASTAYA 22/02/2012 DE VAD TEDAVİ RAPORU ÇIKARILMIŞ 14/03/2012 DE BORTEZOMİB TEDAVİSİNE GEÇİLMİŞ AYRICA REVLİMİD, BORTEZOMİB VE DEKSAMETAZON İLE KOMBİNASYON HALİNDE KÖK HÜCRE TRANSPLANTASYONUNA UYGUN OLMAYAN HASTALARDA BAŞLANABİLİR AYRICA KÖK HÜCRE NAKLİ SONRASI DİRENÇLİ VEYA NÜKS EDEN MULTİPL MİYELOM HASTALARIDA DEKSAMETAZONLA KULLANILABİLİR OYSA MONOTERAPİ OLARAK VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">REVLİMİD-RAPORDA MULTİPLE MYELOM BORTEZOMİB+DEXA VE OTOLOG NAKİL SONRASI RELAPS HASTALIK DURUMUNDA OLMASI DURUMU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
3	<ul style="list-style-type: none">LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTİPEN(RAPORDAKİ İLAC DOZU 1*50 RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">LANTUS SOLOSTAR – RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">KETOSTERİL 100 FILM TB.(SERUM ALBUMİN DEĞERİ UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">RAPOR TARİHİ İLE AYNI OLAN E-REÇETEDEN alb:32,3 g/l (02.11.2022) UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">NUTRISON ADVANCED CUBİSON500ML(500 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">NUTRISON ADVANCED CUBİSON 500ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">DEPAKİN SURUP 150 ML(RAPORDA SODYUM VALPROAT GÜNDE 2 X 400.0 MİLGİRAM YAZILI SİSTEME 2*1200MG OLARAK GIRILMIŞ)TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(UZUN ETKİLİ BETA-2 AGONİST VE ORTA DOZ İNHALE KORTİKOSTERİD KOMBİNASYONU İLE YETERİNCE KONTROL EDİLEMİYEN VE ÖNCEKİ YIL BİR VEYA DAHA FAZLA ASTİM ALEVLENMESİ YAŞAYAN ERİŞKİN HASTALARIN İDAME TEDAVİSİNDE BEDELİ ÖDENİR)	<ul style="list-style-type: none">DEPAKİN SURUP 150 ML;ŞURUBUN 1 ML SİNDE 57,64 MG ETKEN MADDE BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.TRELEGY ELLIPTA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">FORTİMEL COMPACT FİBRE CİLEK AROMALI 4X125 ML (1200KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A GÖRE EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">FORTİMEL COMPACT FİBRE CİLEK AROMALI;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">FORTİMEL COMPACT FİBRE CİLEK AROMALI 4X125 ML (1200KCAL)(RAPOR DOZU 4*1)	<ul style="list-style-type: none">FORTİMEL COMPACT FİBRE CİLEK AROMALI;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

9	<ul style="list-style-type: none"> ZENALB %20 100 ML IV INF ICIN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK(ALBUMİN ÖLÇÜM TARİHİ 3 GÜNDEN ÖNCESİNE AİTTİR) ZENALB %20 100 ML IV INF ICIN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK(ALBUMİN ÖLÇÜM TARİHİ 3 GÜNDEN ÖNCESİNE AİTTİR) 	<ul style="list-style-type: none"> ZENALB;ALBUMİN TAHLİL TARİHİ İLE İLAÇ ALIM TARİHİ ARASINDA 4 GÜN OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE. ZENALB;ALBUMİN TAHLİL TARİHİ İLE İLAÇ ALIM TARİHİ ARASINDA 6 GÜN OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	<ul style="list-style-type: none"> INSPIRA 25 MG 30 FTB(RAPORDAKİ AÇIKLAMALAR SUT A GÖRE EKSİK.) 	<ul style="list-style-type: none"> INSPIRA 25 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none"> XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (RAPORDA HASTAYA 24 HAFTALIK ANTİHİSTAMİNİK TEDAVİSİ UYGULANMIŞTIR.ANCAK YETERLİ YANIT ALINAMAMIŞTIR. İFADESİ VAR ANCAK SİSTEMDE HASTANIN BU SUREDE ANTIHİSTAMİNİK KULLANDIĞI GÖRÜLMEMEKTEDİR) 	<ul style="list-style-type: none"> XOLAİR- SİSTEMDE HASTANIN DELODAY , CETRYN , ALLERSET , AERİUS ,KESTİNE GİBİ İLAÇLARI ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none"> ARISTU 1 MG 28 TABLETRAPOR SUT ENDİKASYONUNA GÖRE ÖDENMEZ) SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB(İLACA 6 AY ARA VERİLDİĞİ İÇİN RAPOR KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL) IRDAPIN PLUS 150/10/12,5 MG 28 FILM TABLET(RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL) 	<ul style="list-style-type: none"> ARISTU 1 MG -POSTMENOPAZAL KADINLARDA İLERİ EVRE MEME KANSERİ TANISI YETERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. IRDAPIN- GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE. SUBOXONE-TEDAVİDE 5 AY ARA VERİLMESİNDEN SONRA İDAME TEDAVİ OLARAK İDRARDA OPİAD NEGATİF ÇIKMIŞTIR İFADESİNE GÖRE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OYBİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
13	<ul style="list-style-type: none"> AMGEVITA 40 MG/0,8 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF)(RAPORDA DOZ 2 HAFTADA BİR 1*40 MG.) 	<ul style="list-style-type: none"> AMGEVITA;RAPOR DOZU 2 HAFTADA 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	<ul style="list-style-type: none"> FEMARA 2.5 MG 30 FTB(METASTATİK VE LOKAL, İLERİ MEME KANSERLİ, HORMON RESEPTÖRÜ (ER VE/VEYA PR) POZİTİF POSTMENOPAZAL DURUMDAKİ KADIN HASTALARDA İLK BASAMAK TEDAVİDE ENDİKEDİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> FEMARA 2.5 MG 30 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET(EKG'DE EN AZ İKİ ARDIŞIK DERİVASYONDA 1MM VE ÜZERİ PERSİSTAN ST SEGMENT YÜKSELME GÖSTERMESİ VE TROPONİN/CK-MB POZİTİF OLMASI (STEMİ) OLMASI DURUMUNDA BEDELİ ÖDENİR) 	<ul style="list-style-type: none"> BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none"> ADEMPAS 1,5 MG 42 FILM KAPLI TABLET(REÇETEYE ESAS 21.11.2022 TARİHLİ RAPOR AÇIKLAMA KISMINDA TEŞHİS " KRONİK TROMBO EMBOLİK PULMONER HİPERTANSİYON (KTEPH) " OLUP SUT 4.2.30.B MADDESİ 2) BENDİ GEREĞİNCE RAPORDA EN AZ BİR KALP DAMAR CERRAHİSİ UZMANI VEYA GÖĞÜS CERRAHİSİ UZMANI YER ALMALIDIR, ANCAK RAPOR BU HUSUSU KARŞILAMIYOR ... UYGUN REÇETE UYARI KODU 300 SEÇİLMEDİĞİNDEN SİSTEM GEÇİŞ VERMİŞ. ÖDEME DIŞI) 	<ul style="list-style-type: none"> ADEMPAS;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none"> XTANDİ 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(RAPORDA, HASTADA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> XTANDİ 40 MG YUMUSAK KAPSUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none"> GLUCERNA SR CİKOLATA AROMALI 230 ML SOL(206 KCAL)(RAPORDA SUTTA İSTENEN MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK.) 	<ul style="list-style-type: none"> GLUCERNA SR CİKOLATA AROMALI 230 ML SOL;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none"> EZETEC 10 MG 28 TABLET(. LDL:213 01.12.2016 TARİHLİ RAPORA İSTİNADEN İDAME TEDAVİ İFADESİ 	<ul style="list-style-type: none"> EZETEC; 11/01/2019 TARİHLİ RAPORLA EZETİMİB BAŞLANAN HASTADA LDL TAHLİL

	ILE ROSUVASTATIN KULLANILAN HASTAYA YINE 2016 YILINDAKI LDL SONUCU/213) İLE 6 AY STATINE RAĞMEN LDL 100 UN ALTINA DÜŞMEDİ İFADESIYLE EZETEC BAŞLANMIŞ)	TARİHİ 2016 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
20	<ul style="list-style-type: none"> NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML(515 KCAL)(HASTAYA 29/03/2022 TARİHİNDE MERSİN UNİVERSİTESİNDE YENİ BESLENME RAPORU ÇIKARILMIŞ ANCAK 2019 YILINDA SU HASTANESİNDEN ÇIKARILAN VE 6 KULLANIMININ UYGUN OLDUĞU BELİRTİLEN RAPORA İSTİNADEN BESLENME SOLUSYONU VERİLMİŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> NUTRİSON ADVANCED; HASTANIN NUTRİSYON DAN BAŞKA MAMA KULLANMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none"> VENTOLIN NEBULES 20 NEBUL(RAPOR DOZUNU AŞIYOR) 	<ul style="list-style-type: none"> VENTOLIN NEBULES;RAPORUN AÇIKLAMA KISMINDA HER İKİ FORMUN 4*1 KULLANILACAĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> FEMARA 2.5 MG 30 FTB(HAS. AIT END. DIŞI BELGE SİSTEMDE KAYILI DEĞİL) 	<ul style="list-style-type: none"> FEMARA; ENDİKASYON DIŞI BELGESİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
23	<ul style="list-style-type: none"> VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON(İLAÇ GEÇMİŞİ YOK.BİRİ MAKSİMUM DOZDA İNDOMETAZİN OLMAK ÜZERE EN AZ ÜÇ FARKLI NONSTEROİD ANTİENFLAMATUAR İLACI MAKSİMUM DOZLARDA EN AZ 3 AY KULLANILMASI GEREKLİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> VERXANT-RAPORDAKİ İFADEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none"> BETANORM MR 30 MG 60 TB.(rapor dozu 1*1) 	<ul style="list-style-type: none"> BETANORM MR 30 MG 60 TB; 16/09/2022 TARİHLİ GÜNCEL RAPORDA DOZ 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA SUTTA İSTENEN MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK) 	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE ENERGY- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDA SUTTA İSTENEN MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK.) 	<ul style="list-style-type: none"> NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none"> EXCIPIAL LIPO %4 EMULSİYON 200ML(SİSTEMDEKİ DOZ GİRİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> EXXIPIAL LIPO – RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none"> HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(ÖN ÜVEİT GÖZÜN ÖN BÖLÜMÜNÜ ETKİLER (AYRICA İRİDOSİKLİT DE DENİR). OYSA HUMIRA PEN ORTA, ARKA VEYA PANÜVEİT TEDAVİSİNDE SAĞLIK BAKANLIĞI ENDİKASYON DIŞI KULLANIM İZİNİ ALINMADAN BAŞLANABİLİR) 	<ul style="list-style-type: none"> HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
29	<ul style="list-style-type: none"> ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK(ALBUMİN ÖLÇÜM TARİHİNE GÖRE 3 GÜNÜ GEÇEN ADET KESİLMİŞTİR) 	<ul style="list-style-type: none"> ZENALB; 02/12/2022 TARİHLİ TAHLİL BELGESİNDE ALB.DEĞERİ 25,02/G/L OLDUĞUNDAN ALBUMİN VERİLMESİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
30	<ul style="list-style-type: none"> TIOUMIT 18 MCG INH. İCİN TOZ İCEREN 30 KAPSUL (LAMA)(SUT MADDE 4.2.24) 	<ul style="list-style-type: none"> TIOUMIT; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none"> FORTINI MULTI FİBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(YENİ SUT KURALLARINA GÖRE 2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İCİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (<-2SD), OLMASI GEREKİR) 	<ul style="list-style-type: none"> FORTINI MULTI FİBRE MUZ ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	<ul style="list-style-type: none"> ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(RAPORDA FARKLI MAMA YAZILI) NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDA FARKLI MAMA YAZILI) 	<ul style="list-style-type: none"> 26/09/2022 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none"> NUTRIVIGOR CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDA SUTTA İSTENEN MALNÜTRİSYON KOŞULLARI ARANMAZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> NUTRIVIGOR CİLEK AROMALI 220 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

34	<ul style="list-style-type: none">ZARZIO 30 MU/0.5 ML ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (5 ENJEKTOR)(RAPORDA HER KÜRÜN 1. GÜNÜ FİLGRASTİM 30/48MÜ 1X1 /GÜN YAZILI ZATEN SOLİD TÜMÖRLER, LENFOMALAR VE LENFOİD LÖSEMİ İÇİN UYGULANAN YERLEŞİK KEMOTERAPİ SONRASINDA, BU KRİTERLERİ KARŞILAYACAK TEDAVİ SÜRESİNİN, 14 GÜNE KADAR OLMASI BEKLENİR. HASTAYA 5 KUTU (25 ADET) OLARAK VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">ZARZIO ; RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
35	<ul style="list-style-type: none">OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(9 AYLIK TEDAVİ SÜRESİ AŞILMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">OKSAPAR;2022-38 KOM. KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
36	<ul style="list-style-type: none">OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR(GEBELERDE RAPOR SÜRESİ EN FAZLA TOPLAM 9 AY SÜRELİDİR(MADDE 4.2.7/1).)	<ul style="list-style-type: none">OKSAPAR; 26/09/2022 TARİHLİ YENİ RAPORDA 8 HAFTALIK GEBELİK YAZMAKTADIR. İLİŞKİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE VE KATILIM PAYI ÖDENMESİNE.
37	MADOPAR HBS 125 MG 30 KAP(RAPORDA LEVODOPA+BENSERAZİD AĞIZDAN KATI GÜNDE 4 X 1.0 ADET OLARAK BELİRTİLMİŞ OYSA MADOPAR 125MG TB 4*1 VE MADOPAR HBS125MG CAP 2*1 OLARAK VERİLMİŞ)	MADOPAR HBS 125 MG 30 KAP;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	PEDIASURE PLUS FİBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(9 YAŞ ERKEKLERDE 7.700 KJ / 1.840 KCAL/GÜNDÜR. GUNLUK KALORI İHTİYACI RAPORDA ÖNCE 1500KCAL SONRA 2000KCAL DAHA SONRA GUNLUK İHTİYAC 3000KCAL OLARAK BELİRTİLMİŞ)	PEDIASURE PLUS FİBER – E-REÇETEDE 2310 KCAL VERİLDİĞİNDEN VE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.