

20.10.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">ZOLADEX LA 10.8 MG DEPOT(ENDİKASYON UYUMU ŞARTI OLAN İLAÇ İÇİN RAPOR AÇIKLARI YETERSİZ.)BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET-(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	<ul style="list-style-type: none">ZOLADEX; KANSER TEDAVİSİNDE (LHRH) ANALOGLARI VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.BENEDAY -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	PRADAXA 110 MG 60 SERT KAP(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA BEDELI ÖDENİR)	PRADAXA; RAPORDA CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
3	RYZODEG FLEXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM) (RAPORDA ANALOG KARIŞIM VEYA UZUN ETKİLİ İNSÜLİNLERDEN BİRİNİ KULLANMIŞ OLMASINA RAĞMEN KAN ŞEKERİ LABİL SEYREDEN HASTADIR İBARESİ VAR ANCAK HASTAYA BÖYLE BİR TEDAVİ UYGULANMADAN RYZODEG FLEXTOUCH BAŞLANMIŞ)	RYZODEG; 26/10/2018 TARİHLİ İLK RYZODEG TEDAVİSİNDEN ÖNCE UZUN ETKİLİ İNSÜLİN KULLANIMI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">PLAVIX 75 MG 28 FTB(GERİ ÖDEME KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)ALIPZA 2 MG FILM TABLET(ÖDEME KOŞULLARI YETERSİZDİR.KAH HASTALIĞINA AİT İLAÇ KULLANIMI YOKTUR.)	<ul style="list-style-type: none">PLAVIX 7- 28-07-2021 KAG İBARESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.ALIPZA 2 MG FILM TABLET; LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ((LAMA)(HASTANIN 3 AY LABA+İKS KULLANMASI GEREKİR KOMBİNE TEDAVİYE GEÇMESİ İCİN İNCELEMEDE KULLANILMADIĞI TESPİT EDİLDİ)	TUTAST ARVOHALER; RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE EN AZ 3 AY RAPORSUZ LABA+LAMA GRUBU İLAÇ KULLANIMI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
6	ATOR 20 MG.30 TB (RAPOR TARİHİNDEN GERİYE DÖNÜK 6 AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI YOKTUR)	ATOR 20 MG.30 TB;22/01/2019 TARİHLİ EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
7	<ul style="list-style-type: none">FEMARA 2.5 MG 30 FTB(RAPOR AÇIKLAMASINDA ENDİKASYON UYUMU OLMALI.)LUCRIN DEPOT 3.75 MG IM SC 1 AYLIK(YAŞIN ALTINDAKİ KIZLAR, 10 YAŞIN ALTINDAKİ ERKEKLERİN TEDAVİSİNDE ENDİKEDİR.)	<ul style="list-style-type: none">FEMARA, POSTMENEPOZAL KADINLARDA VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.LUCRIN ; İLACIN POZOLOJİSİNE VE MEDULADAKİ YAŞ SINIRINA GÖRE KADINLARDA 0-11 YAŞ SINIRI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
8	AUBAGIO 14 MG 28 TB (TEDAVİ ALTINDA İKEN EDSS 6,5 ÜZERİNDE OLAN MS HASTALARINDA BU TEDAVİLER SONLANDIRILIR.10/2021 TARİHİNDEKİ EDSS SKORU İLE VERİLMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	AUBAGIO 14 MG 28 TB; E.D.S.S DEĞERİNİN RAPORDA BELİRTİLMESİ YETERLİ OLDUĞUNDAN VE GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN GÖRÜŞ YAZISI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
9	ATEROZ 20 MG.30 FILM TABLET(TAHLİL TARİHLERİ UYGUN OLMADIĞI İCİN KESİLDİ,İLK TAHLİL TARİHİ 6 AY ÖNCESİNE DİĞERİ DE RAPORDAN SONRAKİ TARİHE AİT OLDUĞU İCİN KESİLDİ.)	ATEROZ 20 MG.30 FILM TABLET;SON ALTI AY İCİNDE BİR LDL DEĞERİ BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
10	BELOC ZOK 50 MG.20 TB.(RAPORDAKİ DOZ 1*50MG,REÇETEDE 2*50MG)	BELOC ZOK 50 MG.20 TB;27/03/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
11	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(REÇETEYE ESAS 29.07.2022 TARİHLİ RAPORDA NUTRİVİGOR MAMA YOKTUR,BAŞKA MAMA ADI VAR.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

12	<ul style="list-style-type: none"> KETILEPT 25 MG 30 FTB(DEMANS'TA "G30 VE ALT KODLARINDA" ENDİKASYON UYUMU ARANACAKTIR 95 YAŞINDAKI HASTANIN DEMANS RAPORLARI VAR 09/2020 TARİHLİ RAPORDA KETIAPIN 25MG 1*1 OLARAK KULLANAN DOKTOR 11/2020 TARİHLİ RAPORLA KETIAPIN150MG 2*1 OLARAK DOZU YENİLEMİŞ HERİKI RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILMIŞ) KETILEPT 150 MG 60 FILM TABLET(DEMANS'TA "G30 VE ALT KODLARINDA" ENDİKASYON UYUMU ARANACAKTIR 95 YAŞINDAKI HASTANIN DEMANS RAPORLARI VAR 09/2020 TARİHLİ RAPORDA KETIAPIN 25MG 1*1 OLARAK KULLANAN DOKTOR 11/2020 TARİHLİ RAPORLA KETIAPIN150MG 2*1 OLARAK DOZU YENİLEMİŞ HERİKI RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> 03/11/2020 TARİHNUMARALI RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE SADECE 150 MG LIK FORMUN KESİLMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (E-REÇETEDEKİ HEMOGLOBİN DEĞERİ:11,2 OLDUĞUNDAN HASTA İDAME DOZDA TEDAVİ ALMALIDIR.HASTANIN KİLOSU:70 BUNA GÖRE 70*0,35=24 MCG DOZDA TEDAVİ ALMALIDIR.ARANESP 30MCG HASTAYA VERİLMESİ GEREKİRKEN ARANESP 40 MG HASTAYA VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTR.) EXTRANEAL PERİTON DİYALİZ COZELTİSİ (2000 ML CİFTLİ TORBA, MINI KAPAKLI) (İSODEXTRİN İÇERİKLİ SOLÜSYONLAR GÜNDE EN FAZLA 1DEFA KARŞILANIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> ARANESP ; HEMOGLOBİN DEĞERİ VE İDAME DOZA GÖRE 30 MCG VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. EXTRANEAL-SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ (SAPD) KULLANILAN TEK SOLÜSYON GÜNDE 1*1 GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
14	<ul style="list-style-type: none"> JUDEXA 0,5 MG 28 KAP(YENİ T2 LEZYON, AKTİF LEZYON VEYA MEVCUT LEZYONDA BÜYÜME) ARTIŞ, BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG LERDE LEZYON YÜKÜNDEKİ ARTIŞ BELİRTİLEN ŞEKİLDE OLMALIDIR.) PERGE 150 MG 56 KAP(ICD-10 KODU UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> JUDEXA 0,5 MG 28 KAP ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. PERGE; G57 TANISI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
15	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(RAPORDA 6 AY SÜRE İLE KULLANIMI UYGUNDUR. İBARESİ OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML ; GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN GÖRÜŞ YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none"> MPACT NEUTRAL 500 ML SOL(505 KCAL)(RAPORDA 6 AY SÜRE İLE KULLANMASI UYGUNDUR 10/08/2021 10:07 İFADESİ OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR) ESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL)(RAPORDA 6 AY SÜRE İLE KULLANMASI UYGUNDUR 10/08/2021 10:07 İFADESİ OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR) 	<ul style="list-style-type: none"> GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN GÖRÜŞ YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none"> JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET(İLGİLİ RAPOR DA YETERLİ AÇIKLAMA YOK.) GALVUS 50 MG 56 TAB(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> JANUVIA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. GALVUS-24/02/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
18	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL (İNTERSTİSYEL SİSTİTE BAĞLI AĞRILI MESANE VE KRONİK AĞRILI	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	İŞEME SEMPTOMLARI BULUNAN, SİSTOSKOPIK OLARAK MESANEDE GLOMERÜLASYON BULGUSUNUN GÖSTERİLDİĞİ VE İDRAR KÜLTÜRÜ NEGATİF OLAN HASTALARDA TEDAVİYE BAŞLANIR)	
19	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL(3+3+6 AYLIK BAŞLANGIÇ VE İDAME TEDAVİLERİ HAZİRAN 2022'DE SON BULMUŞ)	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA FORTİNİ MULTİFİBER VANİLYA+ÇİKOLATA+MUZ+ÇİLEK AROMALI MAMADAN 2X1 KULLANMASI UYGUNDUR. YAZILI ANCAK FORTINI 1,0 MULTI FIBER VERİLMİŞTİR)	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML MUZ AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	<ul style="list-style-type: none"> PLETAL 100 MG 60 TABLET(A) İLERİ EVRE PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLUP (DOPPLER VEYA ANJİYOGRFİK OLARAK HASTALIĞI TESPİT EDİLMİŞ VE KLAS 3 VEYA KLAS 4 SEMPTOMLARI OLAN) OPERASYON YAPILAMAYAN HASTALARDA; B) DOPPLER VEYA ANJİYOGRFİ İLE PERİFERİK ARTER HASTALIĞI TESPİT EDİLMİŞ OLAN VE EŞLİK EDEN HASTALIKLAR NEDENİYLE OPERASYONU YÜKSEK RİSKLİ OLAN HASTALARDA;REÇETE EDİLİR.) LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI ENDİKASYON UYUMU İÇİN YETERSİZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> PLETAL 100 MG 60 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	<ul style="list-style-type: none"> TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET(6 AY SÜRE İLE KULLANIMI UYGUNDUR. 22/07/2020 15:23 İBARESİ NEDENİYLE BEDELI ÖDENMEMİŞTİR) 	<ul style="list-style-type: none"> GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN GÖRÜŞ YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE
23	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
24	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(4.2.24 - SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI İLAÇLARI KULLANIM İLKELERİ)	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT (RAPORDA SGK44 GLUCAGON HCL PARENTERAL YILDA 1 X 1.0 ADET YAZILI ANCAK GÜNDE 2*1 OLARAK VERİLMİŞ)	GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT;RAPORA EKLEME YAPILMISTIR. MEDULADA MAKSİMUM DOZA GÖRE AYDA 1*1 OLARAK GİRİLMESİNE
26	<ul style="list-style-type: none"> KEPPRA 500 MG.50 FILM TABLET (RAPORDA 2*1,REÇETEDE 3*1) EPIXX 1000 MG 50 FILM TABLET (RAPORDA 2*1,REÇETEDE 3*1) 	<ul style="list-style-type: none"> KEPPRA 500 MG.50 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE EPIXX 1000 MG 50 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
27	<ul style="list-style-type: none"> PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDA HASTANIN PEDİASURE PLUS FİBER MAMA 220 ML 4X1 KULLANMASI UYGUNDUR. RAPOR 6 AYLIK .İBARESİ OLDUĞU İÇİN BEDELI ÖDENMEDİ) 	<ul style="list-style-type: none"> GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN GÖRÜŞ YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE
28	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML MUZ AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
29	<ul style="list-style-type: none"> LIXIANA 30 MG 28 FILM KAPLI TABLET(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) XARELTO 15 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA 	<ul style="list-style-type: none"> LIXIANA 30 MG 28 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

	ÖDENİR.)	
30	INSPRA 25 MG 30 FTB(HASTAYA AİT TETKİK DEĞERLERİ BELİRTİLMEMİŞTİR.SUT KOPYALANMIŞTIR.)	INSPRA 25 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
31	INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSIYON/INFUZYON İCİN COZELTİ (1 ADET) (FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK)(SUT4.2.41-E GÖRE ; G) DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ BULUNAN (SATURASYON <%20 VE/VEYA FERRİTİN <100 MCG/L) EVRE III, IV, V KRONİK BÖBREK HASTALARINDA ÖDENİR.)	INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSIYON/INFUZYON İCİN COZELTİ;İLGİLİ RAPORDA (SATURASYON <%20 VE/VEYA FERRİTİN <100 MCG/L) DEĞERLERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.