

22.10.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (1 YIL BOYUNCA 13 KUTU ÖDENİR.)	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET; (1 YIL BOYUNCA 13 KUTU ÖDENİR.) KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (1 YIL BOYUNCA 13 KUTU ÖDENİR.)	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET; (1 YIL BOYUNCA 13 KUTU ÖDENİR.) KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	MODIWAKE 100 MG 30 TB (NARKOLEPSİ TANILI HASTALARDA ENDİKEDİR.RAPORDAKİ ICD-10 KODU TANIYA UYGUN DEĞİL.)	MODIWAKE 100 MG 30 TB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZAT (RAPORLU; PROSPEKTÜS ENDİKASYONLARINDAN YALNIZCA PRİMER ENUREZİS NOKTURNA TEDAVİSİNDE VE SANTRAL DİABETES İNSİPIDUS TEDAVİSİNDE ÖDENİR.243-PRİMER ENURESİS NOKTURNA UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZAT; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">REUMİL 10 MG FILM TABLET (ENDİKASYON DIŞI BELGENİN GEÇERLİLİK SÜRESİ BELİRTİLMEMİŞ)ZOLADEx 3.6 MG SUBKUTAN İMPLANT (POSTMENOPozAL DURUMDA ÖDENMEZ.)INSpra 25 MG 30 FTB (RAPORDAKİ AÇIKLAMALAR SUT A GÖRE EKSIK.)	<ul style="list-style-type: none">REUMİL; ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.ZOLADEx 3.6 MG SUBKUTAN İMPLANT (POSTMENOPozAL DURUMDA ÖDENMEZ.) İTİRAZIN REDDİNE.INSpra ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	RESOURCE JUNIOR FİBRE CİKOLATA AROMALI 200 ML(300 KCAL) (AYNI TARİHTE AYNI ECZANEDE YATAN HASTA REÇETESİYLE 2400KCAL LİK FARKLI BİR BESLENME ÜRÜNÜ KAYDI MEVCUT. AYNI GÜN AYAKTAN REÇETESİ OLDUĞU HALDE YATAN HASTA REÇETESİYLE 5 GÜNLÜK DOZ VERİLMİŞTİR.)	RESOURCE JUNIOR FİBRE CİKOLATA AROMALI 200 ML; (AYNI TARİHTE AYNI ECZANEDE YATAN HASTA REÇETESİYLE 2400KCAL LİK FARKLI BİR BESLENME ÜRÜNÜ KAYDI MEVCUT. AYNI GÜN AYAKTAN REÇETESİ OLDUĞU HALDE YATAN HASTA REÇETESİYLE 5 GÜNLÜK DOZ VERİLMİŞTİR.) İTİRAZIN REDDİNE.
7	LIPANTHYL 267 M KP. (28-09-2020 TARİHİNDE SİSTEMDEN ECZANEYE İADE EDİLDİ VE MESAJ ÇEKİLDİ.RAPORDA LDL DEĞERİ VE KRİTERLERİ MEVCUT DEĞİL.)	LIPANTHYL 267 M KP; İADE SÜRECİNDE HASTANIN 12/06/2020 TARİH 1506674 SAYILI E-RAPORUNA GEREKLİ EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
8	DROPOETIN 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ İCİN COZ İCEREN KULL HAZIR 6 SİRİNGA (DROPOETIN 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ İCİN COZ İCEREN KULL HAZIR 6 SİRİNGA; YAPTIĞINIZ KAYDET İŞLEMİ NETİCESİNDE DROPOETIN 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ İCİN COZ İCEREN KULL HAZIR 6 SİRİNGA ADLI İLACIN BİTİŞ TARİHİ 2B3WJYP NUMARALI REÇETEDEKİ İLACIN İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞMIŞTIR. RAPOR TOLERANS SÜRESİ DIŞINDAKİ FARK DEĞERİNİN TARAFINIZCA HESAPLANARAK KİŞİNİN ALDIĞI SON İLACA EKLENMESİ GEREKMEKTEDİR.)	DROPOETIN 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ İCİN COZ İCEREN KULL HAZIR 6 SİRİNGA;ÖDENMESİNE.

9	LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB (RAPORDA İLGİLİ UYARI KODU YOK.)	LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none"> ENJEKTOR 5 CC (RAPORDA HEMODİYALİZE GİRDİĞİ YAZMIYOR) FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL 61,25 RAPORDA HEMODİYALİZE GİRDİĞİ YAZMIYOR UROCIT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB (RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> FERROVEN;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE UROCIT-K ; RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK) İTİRAZIN REDDİNE.
11	FORTIMEL COMPACT FIBRE VANİLYA AROMALI 4X125 ML (1200KCAL) (RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR)	FORTIMEL COMPACT FIBRE VANİLYA AROMALI 4X125 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL) (RAPORDA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLDUĞU YAZMIYOR) GLUCERNA SR ÇIKOLATA AROMALI 230 ML SOL(206 KCAL) (RAPORDA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLDUĞU YAZMIYOR) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	<ul style="list-style-type: none"> NAVELBİNE 20 MG 1 KAPSUL (KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE LOKAL İLERİ UNREZEKTABL (EVRE IIIB) VE METASTATİK (EVRE IV) HASTALIKTA KULLANILIR AYRICA VİNORELBİN TARTARATIN ORAL FORMLARI KÜR PROTOKOLÜNDE BELİRTİLMESİ VE TEDAVİYE ENJEKTABL FORM İLE BAŞLANMASI ŞARTIYLA KULLANILIR.) NAVELBİNE 30 MG 1 KAPSUL (KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE LOKAL İLERİ UNREZEKTABL (EVRE IIIB) VE METASTATİK (EVRE IV) HASTALIKTA KULLANILIR AYRICA VİNORELBİN TARTARATIN ORAL FORMLARI KÜR PROTOKOLÜNDE BELİRTİLMESİ VE TEDAVİYE ENJEKTABL FORM İLE BAŞLANMASI ŞARTIYLA KULLANILIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	FOSAMAX 70 MG.4 TB. (PATOLOJİK KIRIĞI OLMAYAN,65 YAŞ ALTI HASTALARDA;KMY ÖLÇÜMÜ T DEĞERİ=3,0 OLMASI GEREKİR.)	FOSAMAX; HASTANIN CROHN HASTALIĞI OLMASI NEDENİYLE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR 10 MG.30 FILM TB. (İLACA 6 AYDAN FAZLA ARA VERMİŞ.YENİDEN BAŞLANGIÇ KRİTERİ ARANIR.) LYRICA 225 MG 56 KAP (ICD-10 KODU UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR ; 15/05/2019 TAN 14/01/2020 TARİHLERİ ARASINDA İLAÇ ALIMI YOK İTİRAZIN REDDİNE. LYRICA 225 MG 56 KAP;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none"> ATOR 10 MG.30 TB. (RAPORDAKİ 2.LDL NİN ÖLÇÜLDÜĞÜ TARİH RAPOR TARİHİNDEN SONRA.) CHOLVAST 40 MG 30 FILM TABLET (HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE YENİ LDL SONUCU YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> ATOR 10 MG.30 TB;LDL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. CHOLVAST 40 MG 30 FILM TABLET; LDL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.

17	<ul style="list-style-type: none"> • GYREX 200 MG 30 FILM TABLET (HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.) • AVODART 0.5 MG.30 YUMUSAK KAPSUL (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> • GYREX 200 MG 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • AVODART 0.5 MG.30 YUMUSAK KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP (RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL)	FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	ALATAB 600 MG 30 FTB (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA YOK)	ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	SOLOFINE 6 MM 31 G İĞNE UCU (RAP.2*1)	SOLOFINE 6 MM 31 G İĞNE UCU;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none"> • ALIMTA 500 MG INF SOLUSYON FLAKON (MALIGN PLEVRAL MEZOTELYOMADA ÖDENMEKTEDİR. RAPORDA SADECE PERİTONEL MEZOTELYOMA BELİRTİLMİŞ.) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (24.06.2020 İTİBARİYLE SUT4.2.33.3.A.1 VEYA 2. ŞARTTAN BİRİNİ SAĞLAYAN HASTALARDA TEDAVİYE CEVAP YETERLİDİR. 2. ŞARTINI SAĞLAMİYOR. 1. ŞARTA DAİR NET BİLGİ YOK.) • THINCAL 120 MG 84 KAP(21 AY ARADAN SONRA TEDAVİYE DEVAM EDEN HASTANIN RAPORU DEVAM(%5 KİLO KAYBI YOK. ÖNCEKİ RAPOR İLE AYNI KİLODA) VE BAŞLANGIÇ KRİTERLERİNE(BMI 40 KG/M2 ALTINDA YALNIZCA DİYETLE EN AZ 2,5 KG LIKKİLO KAYBI YOK)UYMUYOR.) • PERJETA 420 MG/14 ML IV KONSANTRE INFUZYON ÇÖZ İÇEREN 1 FLAKON (RAPORDA 6 KÜR KISITLAMASI OLDUĞU HALDE10.KÜR VERİLMİŞTİR. RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞINA DAİR BİLGİ YOK.) • CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İÇEREN FLAKON (RAPORDA 6 KÜR KISITLAMASI OLDUĞU HALDE10. KÜR VERİLMİŞTİR. RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞINA DAİR BİLGİ YOK.) • MONUROL 3 G GRANUL İÇEREN SASE (1 SASE) (REÇETEDE ALT ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU TEŞHİSİ OLMADIĞI HALDE 432 UYARI KODU SEÇİLEREK KAYDEDİLMİŞTİR.)(24/06/2020 İTİBARİYLE SADECE ALT ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU TEDAVİSİNDE 10 GÜN İÇİNDE EN FAZLA 2 ŞASE KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.) • INLYTA 1 MG 56 FTB (SUNİTİB ÖNCESİNDE SİTOKİN KAYDI YOK. 1 BASAMAK OLARAK SİTOKİN KULLANILMALIYDI. HASTALIKTA PROGRESYON OLMADIĞINA DAİR RAPORDA BİLGİ YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> • ALIMTA 500 MG INF SOLUSYON FLAKON;EKLENEN ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • PERJETA 420 MG/14 ML IV KONSANTRE INFUZYON ÇÖZ İÇEREN 1 FLAKON;RAPORDA YAPILAN DÜZELTMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İÇEREN FLAKON; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMeye GÖRE ÖDENMESİNE • MONUROL 3 G GRANUL İÇEREN SASE;RAPORSUZ İLAÇTA E-REÇETEDE ALT ÜRİNER SİSTEM ENF. TANISIOLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • INLYTA 1 MG 56 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • THINCAL 120 MG 84 KAP;HASTA ARA VERDİĞİNDEN 27/02/2020 TARİH SAYILI E-RAPOR BAŞLANGIÇ RAPORU OLARAK DEĞERLENDİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> • NEURONTIN 800 MG 50 CEN FILM TB. (RADİKÜLOPATİ İCD TANI KODU İLE 	<ul style="list-style-type: none"> • NEURONTIN 800 MG 50 CEN FILM TB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	<p>BEDELİ ÖDENMEZ.</p> <ul style="list-style-type: none">• GABASET 300 MG 50 KAPSUL (RAPORDA 3 AY GEÇERLİDİR POLİNÖROPATİK AĞRI 22/07/2020 15:57 İBARESİ OLDUĞU İÇİN 4 KT BEDELİ ÖDENMİŞTİR.• XARELTO, SUT YETİŞKİN HASTALARDA; (MADDE 4.2.15.D/2)MADDESİNE GÖRE İLACIN KULLANIMI İÇİN GEREKLİ TÜM ŞARTLARI TAŞIMİYOR.	<ul style="list-style-type: none">• GABASET 300 MG 50 KAPSUL;HASTA 65 YAŞ ÜSTÜ OLDUĞUNDAN VE RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE• XARELTO; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
23	EXJADE 500 MG SUDA DAĞILABİLEN 28(SUT MADDE EK-4/F-47 VE İLAÇ ENDİKASYONUNA UYGUN OLMAYAN RAPOR.)	EXJADE 500 MG SUDA DAĞILABİLEN 28; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE