

24.09.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) (*EN AZ 3 AY SÜRE İLE İKS VE (LABA) İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINMAYAN" KOŞULUNU KARŞILAMIYOR, BU RAPORDAN ÖNCESİNDE İKS-LABA KULLANIMI GÖRÜLMEDİ.SUT GEREĞİNCE ÖDEME DIŞI)	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET; İLK KOAH TANILI RAPOR 22/07/2020 TARİHLİ OLDUĞUNDAN , DAHA ÖNCE İKS VE LABA TEDAVİSİ ALMADIĞINDAN VE İDAME TEDAVİSİ SAYILAMAYACAĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	HEPAGAM B 5,0 ML 1560 IU 1 FLK (4.2.12.A 1) HBSAG VEYA HBV DNA SONUCUNUN POZİTİF OLMASI DURUMUNDA HBSAG TEDAVİSİ SONLANDIRILIR.) (10.01.2020 - 872277 HBSAG +)	HEPAGAM B 5,0 ML 1560 IU 1 FLK;10/05/2017 TARİHİNDEN KARACİĞER NAKLİ OLAN HASTANIN 10/01/2020 TARİHLİ RAPORUNDA HBS AG NIN POZİTİF OLMASI NEDENİYLE KESİNTİ YAĞILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (HASTANIN HG İ 10 UN ÜZERİ VE HASTA DAHA ÖNCE İLACI ALMAMIŞ)	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA; ARANESP TEDAVİSİ KESİLEN HB SEVİYESİ TAKİBE ALINAN HASTA İÇİN HB DEĞERİ 11-12 GR/DL 'NİN ARASINDA OLMADIĞINDAN VE E-REÇETEDEKİ BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ İFADESİ İLE HB DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
4	WILLCARE İNSULİN KALEM İGNEİ 32GX4MM (KULLANILAN İNSULİN DOZUNA GÖRE AYARLANDI.1*1)	WILLCARE İNSULİN KALEM İGNEİ 32GX4MM;SON 1 YILDIR TEK ÇEŞİT İNSULİNİ GÜNDE TEK DOZ KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
5	PEDIASURE FİBER ÇİLEK 220 ML SOL (220 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	PEDIASURE FİBER ÇİLEK 220 ML SOL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	BENVİDA 100 MG 56 FTB (RAPOR UYGUN DEĞİL)	BENVİDA 100 MG 56 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	FORZİGA 10 MG 28 FTB (AÇIKLAMALAR UYGUN DEĞİL)	FORZİGA 10 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	PARİCAL 10 MCG/2 ML İV ENJ ÇÖZ İÇEREN 5 AMP (RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL.)	PARİCAL 10 MCG/2 ML İV ENJ ÇÖZ İÇEREN 5 AMP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">DEVİT-3 DAMLA (YALNIZCA RUHSATLI ENDİKASYONLARINDA REÇETELENMESİ HALİNDE ÖDENEN İLAÇ.ENDİKASYONU DIŞINDA VERİLMİŞ.)ENJEKTOR 5 CC (UH-P A-72 APAT KOŞULU İLE ÖDENEN İLAÇ.ÖDENMEYEN ENJEKTABL İÇİN KESİLEN ENJEKTÖR BEDELİ.)DESEFİN 1 GR.IM (UH-P A-72 APAT KOŞULU İLE ÖDENEN İLAÇ.72 SAATTEN SONRA AİLE HEKİMLİĞİ TARAFINDAN REÇETE EDİLMİŞ.BEDELİ ÖDENMEDİ.)	<ul style="list-style-type: none">DEVİT-3 DAMLA ;İADE EDİLMESİNE.ENJEKTOR 5 CC ; 72 SAATTEN FAZLA DOZDA YAZILDIĞI VE EHU ONAYI ALINMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

10	FAMPYRA 10 MG UZATILMIŞ SALIMLI TABLET (56 TABLET) (RAPORDA EDSS NİN KAÇ OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.)	FAMPYRA 10 MG UZATILMIŞ SALIMLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">GLİVEC 400 MG.30 FILM TABLET (RAPORUN AÇIKLAMALARINDAKİ " 6(ALTI) AY SÜREYLE KULLANMASI UYGUNDUR"CÜMLEŞİYLE RAPOR SÜRESİNE SINIRLAMA GETİRİLMİŞ.418'LE GİRİŞİ YAPILAN GLİVEC'İN 2 KUTUSU KESİLDİ)STIVARGA 40 MG 84 FILM KAPLI TABLET (BİRER AYLIK DOZDA REÇETE EDİLİR (MADDE 4.2.14.C/3-DD).418 UYARI KODU İLE 2 KUTU ÇIKIŞI YAPILMIŞ ÖRNEKLEME LİSTESİNDE)	<ul style="list-style-type: none">GLİVEC 400 MG.30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.STIVARGA 40 MG 84 FILM KAPLI TABLET;TAMAMI İNCELENMEDEN ÖNCE ÖRNEKLEME LİSTESİNDE OLAN REÇETE DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR.
12	DEVİT-3 DAMLA (REÇETEDE UYGUN ENDİKASYON YOK.)	DEVİT-3 DAMLA; REÇETENİN İADESİNE.
13	INFATRINI 200 ML (200 KCAL)(İNFATRINI 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG' DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE KULLANILMASI DURUMUNDA ÖDENİR	INFATRINI 200 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	LIPANTHYL 267 M KP. (RAPOR UYGUN DEĞİL)	LIPANTHYL 267 M KP; SUTUN 4.2.28.B-STATİN DIŞINDAKİ LİPID DÜŞÜRÜCÜ İLAÇLAR... MADDESİNE GÖRE TRG DEĞERİ 500 ÜZERİ VE BU MADDEDE BELİRTİLEN EK HASTALIKLAR OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML (500 KCAL) (F01.8 ICD10 KODUNDA KATILIM PAYINDAN MUAF DEĞİLDİR.)	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	DEVİT-3 DAMLA (REÇETEDE UYGUN TEŞHİS YOK.)	DEVİT-3 DAMLA;İADE EDİLMESİNE
17	COLASTIN-L 20 MG 90 FILM TB. (HASTA İLACA 6 AYDAN DAHA FAZLA ARA VERMİŞ ESKİ LDL DEĞERİ İLE ÖDENMEZ.)	COLASTIN-L 20 MG 90 FILM TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI (200 ML)(300 KCAL) (RAPORDA MAMA ADI YAZMIYOR.)	RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI (200 ML)(300 KCAL); RAPORDA RESOURCE JUNIOR FIBRE GEÇMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">DESİFEROL 2000 IU FILM KAPLI TABLET 60 TABLET (REÇETEDE UYGUN ENDİKASYON YOK.)NEWCAL D3 45 EFF TB (REÇETEDE UYGUN ENDİKASYON YOK.)DESİFEROL 2000 IU FILM KAPLI TABLET 60 TABLET (REÇETEDE UYGUN ENDİKASYON YOK.)	<ul style="list-style-type: none">DESİFEROL 2000 IU FILM KAPLI TABLET 60 TABLET ; REÇETELERİN İADESİNENEWCAL D3 45 EFF TB ; MONO PREPARAT OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.

20	<ul style="list-style-type: none">• FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB. (RAPORDA KMY ÖLÇÜM TARİHİ YAZMIYOR.)• REVLIMID 10 MG 21 SERT KAP (3.KÜR SONUNDAKİ HASTANIN DURUMU BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• REVLIMID 10 MG 21 SERT KAP ;07/07/2020 TARİHLİ RAPORDA ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
21	FINGYA 0,5 MG 28 KAP (SUTTA BELİRTİLEN YÜKSEK HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİNDEN EN AZ İKİSİNİ TAŞIMASI GEREKİYOR,RAPORDA 1 TANESİ BELİRTİLMİŞ.)	FINGYA 0,5 MG 28 KAP;RAPOR 16/05/2020 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCE OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
22	LUCENTIS 10 MG ML ENJ.COZ.IC.FLAKON (RAPOR SUT A GÖRE UYGUN DEĞİL.)	LUCENTIS 10 MG ML ENJ.COZ.IC.FLAKON ;DAHA ÖNCE YUPASS NUMARASINI ALMADAN İLAÇ ALDIĞI VE RAPORDA BU DURUM BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
23	VASTAREL MR 35 MG 60 FTB (RAPORDAKİ ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)	VASTAREL MR 35 MG 60 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">• DEVİT-3 DAMLA (REÇETEDE UYGUN ENDİKASYON YOK.)• ZOLADEx	<ul style="list-style-type: none">• DEVİT-3 DAMLA; REÇETENİN İADESİNE• ZOLADEx; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.