

27.07.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	PIRFECT 200 MG 252 FILM TABLET (İLK RAPORDA FVC DEĞERİNDE %10 DÜŞME OLMAMIŞTIR. İFADESİ YAZILARAK 12 AYLIK TEDAVİ SONRASI BAKILMASI GEREKEN KRİTER BAŞLARKEN YAZILMIŞAYRICA SAĞLIK KURULU RAPORUNDA DLCO VE FVC DEĞERLERİNİN YANI SIRA;HRTC İLE TANI KONULDU İSE GÖRÜNTÜLEME RAPORUNUN TARİH VE SAYISI BELİRTİLMELİDİR.RAPORDA SADECE TARİH BELİRTİLMİŞ VE SUTTA İSTENEN DEĞERLER BELİRTİLMEMİŞ SADECE KAPASİTELERİN YÜZDE OLARAK BÜYÜKLÜKLERİ BELİRTİLMİŞTİR.)	PIRFECT 200 MG 252 FILM TABLET;18/10/2022 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR FIBRE CİLEK AROMALI 190 ML(285 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)SEVAREN 800 MG 180 TABLET(RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL.)ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)2Wİ2TLY-FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)/RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.) 2Wİ2TLY-FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)FORTIMEL ENERGY CİKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR FIBRE CİLEK AROMALI 190 ML;RAPORDA NOY VE KİLO -2 STANDART SAPMANIN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNESEVAREN 800 MG 180 TABLET; RAPOR SONRADAN EKLENEN DÜZELTİL CA;9.66 VE SRUM FOSFOR:5.69 ÇARPIMI 55 ÜZERİ DEĞİLDİR. ANCAK REÇETE TARİHİNE UYGUN CA , ALC. VE P DEĞERLERİNİN İÇERİR TAHLİL BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET;RAPORDA HASTANIN BOY VE KİLO -2 STANDART SAPMANIN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.FORTIMEL ENERGY CİKOLATA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	CORALAN 5 MG 56 FTB (RAPORDA SUTA UYGUN DEĞİL.)	CORALAN 5 MG 56 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	ARANESP 60 MCG 4 KULL HAZIR SIRINGA (KAN TAHLİL SONUÇLARI YOK)	ARANESP 60 MCG 4 KULL HAZIR SIRINGA; E-REÇETEDe TAHLİL SONUCU,HASTANIN KİLOSU VE BUNA GÖRE DOZ HESABI İLE İLGİLİ EKSİK İÇİN İADE EDİLMESİNE.
7	NUTRIVIGOR RTH VANİLYA ARAOMALI 500 ML(750 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK.)	NUTRIVIGOR RTH VANİLYA ARAOMALI 500 ML;RAPORDA SON 3 AY İÇİNDE VÜCUT AĞIRLIĞININ %10 UNU İSTEMSİZ KAYBETMİŞTİR.MALNUTRİSYON GELİŞMİŞ HASTA. HASTANIN 1 HAFTA SÜRE İLE ENERJİ İHTİYACININ %50 DEN AZ BESİN ALMIŞ OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(UZMAN HEKİMLERCE VEYA UZMAN HEKİM TARAFINDAN DÜZENLENEN EN FAZLA 3 AY SÜRELİ KULLANILACAK İLACIN DOZUNU GÖSTEREN UZMAN HEKİM	<ul style="list-style-type: none">OKSAPAR ; İLK RAPOR SÜRESİ 3 AYLIK OLMASI GEREKTİĞİNDEN VE BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ UYARI KODU SEÇİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.SANELOC 50 MG- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	<p>RAPORUNA DAYANILARAK TEDAVİYE BAŞLANIR SİSTEM TARAFINDAN RAPOR SURESI UZATILMAMIŞ)</p> <ul style="list-style-type: none"> SANELOC 50 MG 20 DEĞİST.SALIMLI TAB(RAPORDAKİ DOZ SGKFDX METOPROLOL AĞIZDAN KATI GÜNDE 1 X 1.0 ADET VELİ KAYA 16/01/2023 08:51 OLARAK BELİRTİLMİŞ ANCAK 2*1 OLARAK VERİLMİŞ) SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS(RAPORDA BÜYÜMEYİ ETKİLEYEN SİSTEMİK BİR HASTALIĞI VEYA BESLENME BOZUKLUĞU YOKTUR. YAZILI ANCAK HASTA BUYUME HORMONU BAŞLAMADAN ÖNCE UZUN SÜRE BESLENME SOLUSYONU KULLANMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> SAIZEN ; BÜYÜME HORMONU EKSİKLİĞİ TANISI 03/12/2020 TARİHLİ RAPOR İLE KONULDUĞUNDAN VE BU TARİHTEN SONRA SADECE BÜYÜME HORMONU TEDAVİSİ ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none"> ATOR 40 MG.30 TB.(LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.İDAME DEĞİL.) TELMODIP 80 MG/5 MG 28 TABLET(HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMIYORSA RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKLİDİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> ATOR ; İLK STATİN RAPORUNDA LDL ÖLÇÜM TARİHLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. TELMODIP - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	CLOGAN 75 MG 28 FTB (RAPOR AÇIKLAMASIYLA RAPOR ICD 10 KODU UYUMSUZ.)	CLOGAN 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none"> FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA SUT A UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.) FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA SUT A UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORDA BOY VE KILO GELİŞİMİ <-2 SDS ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. RAPORDA SON 3 AYDA %10 İSTEMSİZ KİLO KAYBI VE BESİN ALIMINDA AZALMA (BİR HAFTADA ENERJİ İHTİYACININ %50SDEN AZ BESLENMEKTEDİR) BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE ENERGY CILEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI YETERSİZ.) RESOURCE ENERGY CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI YETERSİZ.) RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI YETERSİZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	REXAPIN 15 MG 28 FTB(SEÇİLİ RAPORDA DOZ GÜNLÜK DOZ 30 MG HASTAYA 45 MG VERİLMİŞTİR)	REXAPIN 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(FERRİTİN DEĞERİNE GÖRE ÖNCE ORAL VEYA İNTRAVENÖZ DEMİR PREPARATLARI KULLANILMALIDIR.)	ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA; TSAT DEĞERİ İLE İLGİLİ EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
15	RESOURCE PROTEIN CIKOLATALI 200 ML (250 KCAL)(BESİN ALIMINDA AZALMA (1 HAFTA SÜREYLE ENERJİ İHTİYACININ %50'SİNDEN AZ ALIM VEYA 2 HAFTA SÜREYLE ALIMDA HERHANGİ BİR AZALMA VEYA BESİN SİNDİRİMİNİ/EMİLİMİNİ BOZAN HERHANGİ BİR GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIĞI)DURUMUNDA BEDELI ÖDENİR)	RESOURCE PROTEIN CIKOLATALI 200 ML; RAPORDA 1 HAFTA SÜREYLE ENERJİ İHTİYACININ %50'SİNDEN AZ ALIM VEYA 2 HAFTA SÜREYLE ALIMDA HERHANGİ BİR AZALMA VEYA BESİN SİNDİRİMİNİ/EMİLİMİNİ BOZAN HERHANGİ BİR GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIĞI.. DURUMLARINDAN BİRİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
16	<ul style="list-style-type: none"> ZARZIO 30 MU/0.5 ML ENJEKSİYONLUK/İNFUZYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (5 ENJEKTOR)(RAPORDAKEMOTERAPİNİN HER 21 GÜNDE BİR 4 KÜR ŞEKLİNDE UYGULANACAGI BELİRTİLMİŞSOLİD TÜMÖRLER, LENFOMALAR VE LENFOİD LÖSEMİ İÇİN UYGULANAN YERLEŞİK 	<ul style="list-style-type: none"> ZARZIO; 08/05/2023 TARİHİNDE GÜNÜBİRLİK KEMOTERAPİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. IMBRUVICA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	<p>KEMOTERAPİ SONRASINDA, BU KRİTERLERİ KARŞILAYACAK TEDAVİ SÜRESİNİN, 14 GÜNE KADAR OLMASI BEKLENİR. HASTAYA 04/05/2023 - 08/05/2023 - 15/05/2023 - 31/05/2023 TARİHLERİNDE 20 ADET ZARZIO VERİLMİŞ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMBRUVICA 140 MG 90 KAPSUL(KLL HASTALARINDA İKİ SERİ TEDAVİYE (DAHA ÖNCE EN AZ ÜÇER SIKLUS NÜKLEOZİD ANALOĞU VE/VEYA İMMÜNOTERRAPİ İLE KOMBİNASYONU TEDAVİSİ VE ALKİLLEYİCİ AJAN VE/VEYA İMMÜNOTERAPİ İLE KOMBİNASYONU TEDAVİSİ) YANITSIZ İSE BEDELİ ÖDENİR) 	
17	RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A GÖRE UYGUN DEĞİL.)	RESOURCE GLUTAMİN 100 G; RAPORDA SON 3 AYDA VUCUT AGIRLIĞININ %10 VE ÜZERİNDE İSTEMSİZ KİLO KAYBI VE 1 HAFTA SURE İLE ENERJİ İHTİYACININ %50 SINDEN AZ BESİN ALIMI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
18	RESOURCE JUNIOR FIBRE CILEK AROMALI 190 ML(285 KCAL)(2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (< -2SD) OLMALIDIR.)	RESOURCE JUNIOR FIBRE CILEK AROMALI 190 ML; DOĞUM TARİHİNE GÖRE 2 YAŞ ALTI BEBEK İÇİN MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
19	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF)(RAPORDA BAŞLAMA ŞARTLARI EKŞİK BELİRTİLMİŞ.)	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM; RAPORDA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİNDEN "ERİTROSİT SEDİMETASYON HIZI >28 MM/S VEYA NORMALİN ÜST SINIRINI AŞAN CRP DEĞERİ VEYA MR/SİNTİGRAFI İLE GÖSTERİLMİŞ AKTİF SAKROİLİT/SPONDİLİT" HERHANGİ BİRİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
20	<ul style="list-style-type: none"> • DIASIP VANILYA 200 ML(200 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI YETERSİZ.) • RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> • DIASIP VANILYA 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; 11/04/2023 TARİHLİ RAPORDA MAMA ADI GEÇMEMEKTEDİR. 15/05/2023 TARİHLİ RAPORDA İŞE , RAPOR DEĞER İLAVE BİLGİLERİ EKŞİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
21	KEPPRA 100 MG/ML ORAL COZELTI 300 ML + 10 ML ENJEKTOR(100 MG/ML OLUP 2X5 OLARAK DÜZELTİLDİ)	KEPPRA 100 MG/ML ORAL COZELTI 300 ML + 10 ML ENJEKTOR ;RAPOR DOZUNA GÖRE 2*5 ML OLARAK DÜZELTİLMİŞ VE 1 AYLIK DOZ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
22	FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.)	FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML; SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİNDEKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
23	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.GÜNLÜK KİLO BAŞINA KİLOKALORİ İHTİYACI BELİRTİLMEMİŞ.)	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	BETASERC 24 MG 60 TB(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	BETASERC 24 MG 60 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	FOSAMAX 70 MG.4 TB.(SADECE RAPORDA BELİRTİLEN ,T SKOR:L2=-3,1 24,05,2023 TARİHLİ MESH SONUCU İLE BEDELİ ÖDENMEZ)	FOSAMAX 70 MG.4 TB; İLGİLİ RAPORDAKİ KMY SONUCU UYGUN OLMADIĞINDAN VE 15/09/2021 TSRIHLİ RAPOR FARKLI İLAÇLAR İÇİN DÜZENLENDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
26	CLOPIXOL DEPOT 200 MG.AMPUL(RAPORDA 15 GÜNDE BİR 1*1 OLARAK UYGULANMASI GEREKTİĞİ BELİRTİLMİŞ ANCAK SİSTEME 10 GÜNDE BİR ADET OLARAK GIRILMIŞ)	CLOPIXOL DEPOT 200 MG.AMPUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.