

## 28.04.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	TEGELİNE 10 G 200 ML (1-HASTA İDAME TEDAVİDEDİR. (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR.) 2-BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINDIĞI RAPORDA BELİRTİLMEMİŞTİR.)	TEGELİNE 10 G 200 ML;(5.KOM. KALAN) GELEN GÖRÜŞ YAZILARINA GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA KULLANILIR.)</li><li>• XARELTO 20 MG 28 FTB ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</li><li>• XARELTO 20 MG 28 FTB( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ÜÇ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORLARA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
3	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET ( SUTUN (MADDE 4.2.15.D/1) YE GÖRE RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMESİ İÇİN İADE EDİLDİ GEREKLİ DÜZELTME YAPILMADIĞI İÇİN KESİLMİŞTİR)	İADE SONRASI RAPORA " CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYON" İBARESİ EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
4	INFATRİNİ 200 ML(200 Kcal)( INFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE KULLANILMASI DURUMUNDA ÖDENİR)	INFATRİNİ 200 ML ;RAPOR TARİHİNDE HASTA YAŞI VE KİLOSU UYGUN OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
5	KIOVIG 10 GR/100 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM İÇİN COZELTI ICEREN FLK ( ...2-5 ARDIŞIK GÜNDE BÖLÜNÜŞ DOZLARDA EN FAZLA 2 G/KG YÜKLEME DOZUNDA, YÜKLEME DOZUNA YANIT ALINAMAMASI DURUMUNDA 3 HAFTADA BİR 1 G/KG TOTAL DOZDA 1 VEYA 2 GÜNDE VERİLİR VE 2 AY SONUNDA YANIT ALINAMAZSA TEDAVİ SONLANDIRILIR. BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR.) (08.01.2021/..... RAPORLA İG BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ ALMIŞ)	KIOVIG 10 GR/100 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM İÇİN COZELTI ICEREN FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none"><li>• PREGOMİN AS 400 GR.TOZ(1.932 Kcal) ( HASTA İNEK SÜTÜ ALLERJİSİ TANISI İLE 2 YAŞINA KADAR ALABİLİR.HASTANIN DOĞUM TARİHİ İLE HESAPLANAN 2 YILLIK ALIM SÜRESİNE GÖRE 4 KUTU ÖDENMESİ PLANLANDI.AMA MEDULLA KAYITLARINDA AYNI ECZANE TARAFINDAN MART AYINA KADAR DÜZENLİ OLARAK VERMEYE DEVAM ATTIĞI GÖRÜLDÜNDEN REÇETEYE AİT HİÇBİR KUTU BEDELİ ÖDENMEDİ.)</li><li>• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (NDİKASYON DIŞI ONAYI GÖRÜLMEDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PREGOMİN AS 400 GR.TOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR;HASTA REÇETE TARİHİNDE 14 YAŞINDA GÖRÜNDÜĞÜNDEN VE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>

7	PRIVIGEN 10 G/100 ML IV INF COZ ( SUT KURALI GEREĞİ DEVAM HASTASI DOZUNA GÖRE HESAPLANDI. TEDAVİYE YANIT ALINDIĞI BELİRTİLMEMİŐ. STEROİD KULLANIMINA DAİR BİLGİ YOK )	PRIVIGEN 10 G/100 ML IV INF COZ; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	XARELTO 15 MG 28 FTB( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA BEDELI ÖDENİR)	XARELTO 15 MG 28 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) ( RAPORDA ADALİMUMAB TEDAVİSİ UYGULANMIŐTI. HASTADA TEDAVİYE CEVAP ALINMIŐTIR VE TEDAVİYE CEVAP DEVAM ETMEKTEDİR (BASDAİ?DE 2 BİRİMDEN FAZLA DÜZELME DEVAM ETMEKTEDİR). YAZILI ANCAK HASTANIN İLK HUMIRA PEN RAPORU DAHA ÖNCE 13/01/2022 TARİHİNE KADAR ENBREL KULLANILMIŐ)</li> <li>RESOURCE PROTEIN CİLEK AROMALI 200 ML(250 KCAL)( 03/12/2022 TARİHLİ RAPORDA SUPPORTAN DRINK YAZILI RESOURCE PROTEIN VERİLMİŐ AYRICA GÜNLÜK KALORI İHTİYACI 1000 KCAL OLARAK BELİRTİLMİŐ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>RESOURCE PROTEIN CİLEK AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
10	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK.)	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
11	FERINJECT 500 MG 10 ML ;( (SATURASYON <%20 VE/VEYA FERRİTİN <100 MCG/L) EVRE III, IV, V KRONİK BÖBREK HASTALARINDA OZENİR HASTADA HANGİ DURUM MEVCUT İSE RAPORDA BELGELENECEK.)	FERINJECT 500 MG 10 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
12	FORTINI MULTI FİBRE VANİLYA AROMALI 200 ML (300 KCAL)( RAPORDA PEDİASURE PEPTİD MAMA 5X1 YAZILI FORTINI MULTİFİBER MAMA OLARAK VERİLMİŐ)	FORTINI MULTI FİBRE VANİLYA AROMALI 200 ML;TEK ÇEŐİT MAMA KULLANDIĞINDAN 19/08/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)( RAPORDA MAMA İSMİ VE KALORİ MİKTARI BELİRTİLMEMİŐ.)</li> <li>NUTRİVİGOR KAKAOLU 220 ML SİSE(330 KCAL) ( RAPORDA MAMA İSMİ VE KALORİ MİKTARI BELİRTİLMEMİŐ.)</li> <li>FRESUBİN 2 KCAL FİBRE DRINK CİKOLATA AROMALI 1X200 ML(400 KCAL)( RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>NUTRİVİGOR KAKAOLU 220 ML SİSE ; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>FRESUBİN 2 KCAL FİBRE DRINK CİKOLATA AROMALI 1X200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
14	XARELTO 15 MG 28 FTB ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
15	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTİPEN ( RAPORDAKİ DOZU=1*30)	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTİPEN ; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
16	LIPOFEN-SR 250 MG 90 MİKROPELLET KAP ( İLACA 6 AYDAN FAZLA ARA VER. ESKİ TAR TRIG. DEĞ. MEVCUT )	LIPOFEN; BİR ÖNCEKİ 31/07/2019 TARİHLİ RAPORLA LİPOFEN ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İDAME TEDAVİSİNE GÖRE ÖDENMESİNE
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>PLETAL 100 MG 60 TABLET ( PROSPEKTÜSE GÖRE;İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTİPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI KONTRENDİKE OLDUĞUNDAN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PLETAL 100 MG 60 TABLET; ÜÇ FARKLI ANTİ AGREGAN KULLANIMI KONTRENDİKE OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>

	<p>ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.HASTA PLAVIX VE ECOPIRİN DE KULLANIYOR.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB.( DEMANSTA "G30 VE ALT KODLARINDA" ENDİKASYON UYUMU ARANMAKTADIR.)</li> <li>PINGEL 75 MG FILM TB.( G44.2 ICD10 KODUNDA ÖDENMEZ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>PINGEL 75 MG FILM TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>XARELTO 20 MG 28 FTB EKOKARDİYOĞRAFİ İLE ROMATİZMAL KAPAK HASTALIĞI VEYA CİDDİ MİTRAL KAPAK HASTALIĞI OLMADIĞI GÖSTERİLEN VEYA PROTEZ KAPAK HASTALIĞI OLMAYAN HASTADA KULLANILIR.</li> <li>XARELTO 20 MG 28 FTB ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VE MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN HASTALARDA İBARESİ HASTAYA AİT OLMADIĞINI GÖSTERİYOR.BU DURUMLAR HASTADA VARSA BELİRTİLECEK.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORLARA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>FLEXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM)( ANALOG KARIŐIM VEYA UZUN ETKİLİ İNSÜLİNLERDEN BİRİNİ KULLANMIŐ OLMASINA RAĞMEN KAN ŐEKERİ LABİL SEYREDEN VE/VEYA SIK HİPOGLİSEMİK OLAY GEÇİREN VE/VEYA HİPOGLİSEMİ RİSKİ YÜKSEK YA DA REGÜLASYON SAĞLANAMAYAN HASTALARDA BU DURUMUN BELİRTİLDİĞİ EN AZ BİR ENDOKRİNOLOĞI UZMAN HEKİMİNİN YER ALDIĞI SAĞLIK KURULU RAPORUNA DAYANILARAK REÇETE EDİLEBİLİR.)</li> <li>DEOXYKOL 250 MG 100 KAPS ( RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)</li> <li>TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ (LAMA)( LABA-LAMA İKS KOMBİNE KULLANAN HASTA İÇİN KULLANIM GEREKŐESİ YOK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FLEXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>DEOXYKOL 250 MG 100 KAPS; RAPORDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>İLK KOAH RAPORU OLDUĞUNDAN TİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
20	OCTAGAM 10 G/200 ML IV İNFUZYONLUK COZELTI( ENDİKASYON DIŞI İZİN İLE RAPOR DOZUNA GÖRE HESAPLANDI )	OCTAGAM; S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNDE BELİRTİLEN AYLIK DOZ AŐILDIĐINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>ATOR 20 MG.30 TB.( LDL SONUCU UYGUN DEĞİL.)</li> <li>BETASERC 16 MG.30 TABLET ( RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŐ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ATOR-RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>BETASERC; RAPORDA UYGUN ICD-10 TANI KODU OLMADIĞINDAN VE RAPORSUZ ÖDENEMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
22	CELLCEPT 500 MG 50 FTB( RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)	CELLCEPT 500 MG 50 FTB; RAPORDA NON-MYELOABLATİF ALLOJENEİK KÖK HÜCRE NAKLİNDE GREFT VERSUS HOST DİSEASE (GVHD) PROFİLAKSİSİNDE KULLANILACAĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
23	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK.)	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE
24	ARVILA 250 MG TABLET (120 TABLET)( E-RAPOR KRİTERLERİ KARŐILANMAMIŐTIR.)	ARVILA 250 MG TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE
25	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE

26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HEPAGAM B 312 IU/1 ML IM/IV ENJEKSİYONLUK / INFUZYONLUK COZELTI (1 FLAKON) ( DÜŞÜK RİSK GRUBU HASTALARDA HER HÂLÜKÂRDA KARACİĞER NAKLİNDEN 1 YIL (08.10.2019 KC TRANSPLANTASYONU YAPILMIŞ, NAKİL ÖNCESİ HBV DNA {12.07.2019 TARİHLİ RAPORDA =02/07/2019 HBSAG:(+) HBV DNA:0 -} DÜŞÜK RİSK GRUBU) KULLANILIR.)</li> <li>• HEPAGAM B 1560 IU/5 ML IM/IV ENJEKSİYONLUK / INFUZYONLUK COZELTI (1 FLAKON)( DÜŞÜK RİSK GRUBU HASTALARDA HER HÂLÜKÂRDA KARACİĞER NAKLİNDEN 1 YIL (08.10.2019 KC TRANSPLANTASYONU YAPILMIŞ, NAKİL ÖNCESİ HBV DNA {12.07.2019 TARİHLİ RAPORDA =02/07/2019 HBSAG:(+) HBV DNA:0 -} DÜŞÜK RİSK GRUBU) KULLANILIR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NAKİL ÖNCESİ ANTİVİRAL TEDAVİYE DİRENÇ ÖYKÜSÜ OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li> </ul>
27	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN ( RAPORDAKİ DOZ 1*40 Ü OLDUĞU HALDE 1*50 Ü GİRİLMİŞTİR )	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN; İLGİLİ RAPORDA DOZ 1*40 Ü OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
28	LODUX 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) ( 6 AYDAN UZUN SÜREDİR KULLANIYOR. RAPORDA VEYA REÇETEDEN PSİKİYATRİ YOK.)(FİBROMİYALJİ RAPORUYLA EŞLEŞMİYOR)	LODUX - 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN VE FİBROMİYALJİ TANISINDA İSE REÇETE BRANŞI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PSORETİN 25 MG SERT KAPSUL (100 KAPSUL) ( İLACA AİT ENDİKASYON DIŞI BELGE KAYDI BULUNMAMAKTADIR.RAPOR TANI KODU VE GİRİLEN UYARI KODU UYGUN DEĞİL.)</li> <li>• XARELTO 15 MG 28 FTB ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PSORETİN 25 MG SERT KAPSUL ;RAPOR TANISI ENDİKASYONUNA UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li> <li>• XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
30	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)( NUTRIVIGOR;MALNÜTRİSYON TANIMINA GÖRE;HASTANIN SON 3 AYDA AĞIRLIĞINDA %10 VE DAHA FAZLA KİLO KAYBININ İSTEMSİZ OLUP OLMADIĞI RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE GİDERİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE;HASTANIN YAŞI, TANISI VE MALNÜTRİSYON AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
31	IG-VENA N IV 50MG/ML 100 ML 1 FLK (ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM BELGESİNİN SÜRESİ DOLMUŞ)	IG-VENA N IV 50MG/ML 100 ML 1 FLK ; IG-VENA 13/01/2022 TARİHLİ S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNDE BELİRTİLEN DOZ VE SÜREDE İLAÇ ALINDIĞINDAN VE BELGE SÜRESİ UZATILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
32	NANOGAM 5 G/100 ML IV INF İCİN COZ İCEREN FLK ( PROSPEKTÜS DOZUNA GÖRE MAX 1G /KG 2 GÜNDE UYGULANIR. RAPORDAKİ ICD-10 KODU ITP PRİMER İMMUN TROMBOSİTOPENİ TEŞHİSİNİ TAM KARŞILAMAMAKTADIR )	NANOGAM 5 G/100 ML IV INF İCİN COZ İCEREN FLK;24 SAAT SAKLANABİLİRLİĞİ OLMASINA RAĞMEN ITP DE 24 SAATTE BİR UYGULANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.