



25.01.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"> VAXIGRIP TETRA 0,5 ML IM/SC ENJ. ICIN SUSP. 1 KULL. HAZ. ENJEKTOR(11 YASINDA EPILEPSI HASTASI ODENMEZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> VAXIGRIP TETRA; SUT UN 2.4.3-B MADDESİNDE BELİRTİLEN ŞARTLARA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
2	<ul style="list-style-type: none"> RINACHECK STRIP(RAPORDAKI DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DUZELTİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none"> LIPANTHYL 267 M KP.(HASTANIN İLK RAPORUDUR.TRİGLİSERİT DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> LIPANTHYL ; İLK RAPORDA TRG DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 10 MG 10 TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none"> EZETEC PLUS 10 MG/20 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) EUTHYROX 25 MCG.50 TABLET(RAPOR DOZU AŞILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> EZETEC -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. EUTHYROX 25 MCG; RAPOR DOZU (GÜNDE 1*1) AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
6	<ul style="list-style-type: none"> FORTIMEL ENERGY MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(E RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

7	<ul style="list-style-type: none">• LANVIS 40 MG TABLET(C84.5 T-HÜCRELİ LENFOMA'DA ÖDENMEZ)	<ul style="list-style-type: none">• LANVIS -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/INFUZYON İÇİN ÇÖZELTİ (1 ADET) (FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK)(RAPORDA, SUTTA İSTENEN ENDİKASYONLARDAN UYGUN OLAN BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">• NOVILS 250 MG SERT KAPSUL(RAPORDA HASTANIN , D-PENİSİLAMİN ETKEN MADDELİ İLACI TOLERE EDEMEDİĞİ BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• REVOLADE 25 MG 14 FTB(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE EKLENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">• NEXETIN 40 MG 28 KAPSUL(SUİ DE ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">• NEXETIN -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">• LIPANTHYL 267 M KP.TRİGLİSERİD DÜZEYİNİN 500 MG/DL NİN ÜSTÜNDE OLMASI GEREKMEKTEDİR. HASTANIN DEĞERİ 500 MG/DL)	<ul style="list-style-type: none">• GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">• EVRENZO 100 MG FİLM KAPLI TABLET (12 ADET)(AĞIRLIĞI 100 KG'DAN AZ OLAN HASTALARDA HAFTADA ÜÇ KEZ 70 MG KULLANILMALI (BİR ÖNCEKİ (ESA) EPOETİN İNTRAVENÖZ VEYA SUBKÜTAN DOZ 5000 (IU/HAFTA) 'DEN AZ OLUNCA 70 MG/HFT ROKSADUSTATLA BAŞLANIR)	<ul style="list-style-type: none">• EVRENZO; BİR ÖNCEKİ EPOETİN DOZU HAFTADA 2*4000 Ü OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">• LETU 2,5 MG 30 FİLM KAPLI TABLET(RAPORDA ENDİKASYON EKSİK.)• ZARZIO 30 MU/0.5 ML ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (5 ENJEKTOR)(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)• XARELTO 20 MG 28 FTB(UYGUN OLAN RAPOR SEÇİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• LETU -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• ZARZIO -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• XARELTO -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">• AIMAFIX-D.I 500 IU 1 FLK(İADE SONRASI BELİTİRLEN RAPOR DOZUNA (1X 500 IU / HAFTA) DÜZELTİLDİ. KESİNTİ SİSTEM TARAFINDAN YAPILDI.)	<ul style="list-style-type: none">• AIMAFIX-D.I 500; RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASI HAFTADA 1*1 OLARAK GİRİLDİĞİNDE RAPOR BİTİŞ TARİHİNE KADAR 10 KUTU ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">• AYSETFINE İNSULİN KALEM İGNESİ 31G (0,25X6MM)(LEVEMİR FLEXPEN KULLANIMI SON BULMUŞ)	<ul style="list-style-type: none">• LEVEMİR 07/07/2023 TARİHİNDE ALINDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.

17	<ul style="list-style-type: none">ZARZIO 30 MU/0.5 ML ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(5ENJEKTOR)(END.DIŞI BELGE BULUNAMADI.)	<ul style="list-style-type: none">ZARZIO; MYELODİSPLASTİK SENDROM TANISINDA ENDİKASYONU BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

