

20.05.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	BENEXOL B12 30 FILM KAPLI TABLET (E-REÇETEDDE İLAÇ AÇIKLAMASINDA 2 AYLIK İBARESİ MEVCUT.)	BENEXOL B12 30 FILM KAPLI TABLET;E-REÇETEDDEKİ 2 AYLIK TEDAVİ AÇIKLAMASINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
2	- LIPITOR 40 MG 30 FILM TB (21.07.19-05.03.20 ARASINDA STATİN KULLANIMINA ARA VERMİŞTİR. TEDAVİYE UZUN SÜRE ARA VEREN (6 AY VE DAHA UZUN SÜRE) HASTALARDA YENİDEN BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ ARANIR. RAPORDAKİ UYGUN TARİHLİ LDL SONUCU BAŞLANGIÇ İÇİN UYGUN DEĞİL. AYRICA ICD-10 KODU HATALI.) - CEDRINA 50 MG 30 FTB (AYNI ECZANE HASTA KAYITLARINDA CEDRINA 25 MG MEVCUT. RAPOR DOZU 1*1 OLDUĞU HALDE İKİ FARKLI FORMDAN BU DOZ ALINMISTIR. AYNI RAPOR İLE İŞLEM YAPILMIŞ.)	- LIPITOR 40 MG 30 FILM TB;YAPILAN EKLEMEYLE İLGİLİ TAHLİL SONUCU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - CEDRINA 50 MG 30 FTB ;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	VESICARE 10 MG 30 FTB (İLGİLİ AÇIKLAMA REÇETEDDE YOK.)	RAPORSUZ E-REÇETEDDE ORAL OKSİBUTİNİNİ TOLERE EDEMEDİ İBARESİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	- PAXERA 20 MG 28 FILM TABLET (SSRI)(SAĞLIK BAKANLIĞI EK ONAYI ALINMADAN KULLANILABİLECEK ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM KILAVUZUNA GÖRE BU TEŞHİSTE PSİKİYATRİ RAPORU GEREKMEKTEDİR)(REÇETE AİLE HEKİMİNCE DÜZENLENMİŞ) - DEVIT-3 AMPUL (E-REÇETEDDE İLAÇ AÇIKLAMASINDA 15 GÜNDE BİR İBARESİ MEVCUT) - PAXERA 20 MG 28 FILM TABLET (SSRI)(SAĞLIK BAKANLIĞI EK ONAYI ALINMADAN KULLANILABİLECEK ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM KILAVUZUNA GÖRE BU TEŞHİSTE PSİKİYATRİ RAPORU GEREKMEKTEDİR)	- PAXERA 20 MG 28 FILM TABLET;YAYGIN ANSİYETE BOZUKLUĞU TANISI ENDİKASYONUNDA YER ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE. - DEVIT-3 AMPUL ;E-REÇETEDDEKİ AÇIKLAMAYA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE. - PAXERA 20 MG 28 FILM TABLET; YAYGIN ANSİYETE BOZUKLUĞU TANISI ENDİKASYONUNDA YER ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
5	- URODAY 3 GR 1 SASE REÇETEDDE İDRAR YOLU ENFEKSİYONU TEŞHİSİ OLMADIĞI HALDE 360 UYARI KODU SEÇİLEREK KAYDEDİLMİŞTİR. - MAJİSTRAL İLAÇ (MAJİSTRAL TARİFEYE GİREN KREM VE POMAD FORMUNDAKİ İLAÇLAR EN FAZLA 10 GÜNLÜK DOZDA ÖDENDİĞİNDEN HESAP BUNA GÖRE YAPILMIŞTIR.)	- URODAY 3 GR 1 SASE;E-REÇETEDDE İYE TEŞHİSİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE - MAJİSTRAL İLAÇ ;REÇETEDDEKİ 10 GÜNLÜK DOZ İBARESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
6	- ALVASTİN 10 MG 30 FIM TABLET (HASTANIN EN AZ 1 HAFTA ARAYLA YAPILMIŞ 2 LDL SONUCU YOK) - LATİXA 375 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB (RAPOR SUTA UYGUN DEĞİL)	- ALVASTİN 10 MG 30 FIM TABLET;HASTANIN EN AZ 1 HAFTA ARAYLA YAPILMIŞ 2 LDL SONUCU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - LATİXA 375 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

7	- PEDIASURE MUZ AROMALI 220 ML SİSE(220 KCAL) (K52.2 VE T78.1 ICD 10 KODLARINDA’’YALNIZCA İNEK SÜTÜ ALERJİSİ İÇİN’’ İBARESİ YER ALMAKTADIR İLK İKİ YAŞTA İNEK SÜTÜ ALERJİSİNDE ÖDEME YAPILIR.HASTANIN YAŞI 7 OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) - FORTIMEL ENERGY ÇİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPOR FORTIMEL COMPACT FIBRE İÇİN ÇIKARILMIŞ. FAKAT HASTAYA FORTİMEL ENERGY VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	- PEDIASURE MUZ AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - FORTIMEL ENERGY ÇİLEK AROMALI 200 ML;RAPORA VERİLEN MAMA ADI GEÇMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
8	NUTRIVIGOR RTH VANILYA AROMALI 500 ML (MAMA ADI RAPORDA YOK.)	NUTRIVIGOR RTH VANILYA AROMALI 500 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (ENDİKASYON UYUMU YOK.)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	KWELLADA LOTION 120 CC (KWELLADA LOSYON ERİŞKİNLERDE EN FAZLA 60 ML KULLANILABİLİR VE BU DOZ EN ERKEN 1 HAFTA SONRA TEKRAR EDİLEBİLİR.)	KWELLADA LOTION 120 CC;E-REÇETEDe TEŞHİSİ SKABİYEZ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
11	FINGYA 0,5 MG 28 KAP (HASTANIN RAPORUNDA YAPILAN AÇIKLAMALR YETERLİ DEĞİL,EDSS SKORU BULUNMAMAKTADIR.)	FINGYA 0,5 MG 28 KAP;RAPORDA EDSS SKORU BELİRTİLDİĞİNDEN VE AÇIKLAMALR UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
12	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE (330 KCAL)(SEÇİLİ RAPORDA REÇETEDeKİ MAMA ADI YOK. HASTANIN DİĞER RAPORLARDA REÇETEDeKİ MAMA ADI VAR ANCAK SARTLARI SAĞLAMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.)	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE;23/08/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
13	KINZY 10 MG 30 FTB (HASTA KAYITLARINDA AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR ÜROLOJİK VAR. BU İLAÇLARIN GÜNLÜK MAX DOZU 1*1 DİR.)	KINZY 10 MG 30 FTB ;RAPOR KULLANIMINA GÖRE ÖDENMESİNE.
14	GAMUNEX-C %10 50 ML IV/SC ENJ İÇİN ÇÖZ İÇEREN FLK (RAPOR 26.11.2019 TARİHİNDE ‘’İLK 3 AY 2 GR/KG/GÜN 210 GRAM 5 GÜN SÜRE İÇİNDE,SONRA AYLIK 1 GR/KG/GÜN 105 GRAM 5 GÜN SÜRE İÇİNDE İDAME KULLANMASI UYGUNDUR’’ ŞEKLİNDE ÇIKMIŞ. RAPORA GÖRE DOZ DÜZELTİLDİ.)	GAMUNEX-C %10 50 ML IV/SC ENJ İÇİN ÇÖZ İÇEREN FLK; REÇETEDeKİ 21 KUTU AYLIK 105 GR YAPTIĞINDAN ÖDENMESİNE.
15	AVODART 0,5 MG 30 YUMUŞAK KAPSUL(RAPORDAKİ ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL)	AVODART 0,5 MG 30 YUMUŞAK KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
	EXCALIBA 40/5 MG 28 FILM TABLET(HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞI DURUMLARDA KULLANILIR.)	EXCALIBA 40/5 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

16	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (ENDİKASYON UYUMU YOK)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	TRIO 6*14 BLISTER TEDAVİ PAKETİ (H.PYLORİ ERADİKASYON TEDAVİSİNDE ÖDENMEKTEDİR.)	TRIO 6*14 BLISTER TEDAVİ PAKETİ; E-REÇETEDeki DUODENAL ÜLSER TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
18	- ALVASTIN 10 MG 30 FILM TABLET (HASTANIN EN AZ 1 HAFTA ARAYLA YAPILMIŞ 2 LDL SONUCU YOK.) - LATİXA 375 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB (RAPOR SUTA UYGUN DEĞİL)	- ALVASTIN 10 MG 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - LATİXA 375 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	MAJİSTRAL İLAÇ(ALKOL SEYRELTİLMEMİŞ.)	MAJİSTRAL REÇETEDe %96 LİK YAZDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
20	- TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET(RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.) - PARKYN 0.250 MG 100 TB (RAPOR DA İLGİLİ AÇIKLAMA YOK)	- TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET; RAPORDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - PARKYN 0.250 MG 100 TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.