

18.02.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	MABTHERA 100 MG.10 ML.2 FLAKON (rapor sut a uygun değil) - TRUXIMA 500 MG/50 ML IV INFUZYON ICIN KONSANTRE COZELTI ICEREN FLAKON (rapor sut a uygun değil)	MABTHERA 100 MG.10 ML.2 FLAKON - TRUXIMA 500 MG/50 ML IV INFUZYON ICIN KONSANTRE COZELTI ICEREN FLAKON ; SAĞLIK BAKANLIĞI EK ONAYI ALINMADAN KULLANILABİLECEK ENDİKASYON DIŞI HEMATOLOJİ – ONKOLOJİ İLAÇLARI LİSTESİ MADDE 13-7'YE GÖRE ÖDENMESİNE
2	LIPANTHYL 267 M KP. (raporda trg değeri yok)	LIPANTHYL 267 M KP. ; RAPORA SONRADAN EKLENEN TRG DEĞERİ İLE İLGİLİ TAHLİL BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
3	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (rapor sut a uygun değil)	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
4	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) (HASTA LAMA VE LABA+İKS KULLANIYOR.HASTANIN İLK RAPORU OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.SUT'UN Madde 4.2.24.B/12). NOLU MADDESİNE İSTİNADENİDAME TEDAVİDE ÖDENİR.)	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL ; İLK KOAH RAPORU İLE DAHA ÖNCE LABA+İKS KULLANIMI OLMADAN 3'LÜ KOMBİNASYON TEDAVİSİ ALDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
5	- DEVIT-3 DAMLA (YALNIZCA RUHSATLI ENDİKASYONLARINDA REÇETELENMESİ HALİNDE BEDELİ KARŞILANIR.) - COLEDAN- D3 150.000 IU/ 10 ML ORAL DAMLA, COZELTI (1 SİSE, 10 ML) (YALNIZCA RUHSATLI ENDİKASYONLARDA REÇETE EDİLMESİ HALİNDE ÖDENİR.)	DEVIT-3 DAMLA - COLEDAN- D3 150.000 IU/ 10 ML ORAL DAMLA, COZELTI ; HER İKİ REÇETENİN DE İADESİNE
6	- ATOR 10 MG.30 TB. (RAPOR ÇIKTIĞI TARİHTE UYGUN DEĞİL.EK FAKTÖR OLMADAN TELK BAŞINA LDL YETERLİ OLMAZ.) - BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (BONVIVA 150 MG ROCHE 3 FTB)(KMY ÖLÇÜM TARİHİ BELİRTİLMİYOR.)	- ATOR 10 MG.30 TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE - BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
7	- REVLIMID 15 MG 21 SERT KAP (RAPOR AÇIKLAMASI YETERLİ DEĞİL.) - TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	- REVLIMID 15 MG 21 SERT KAPS. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE - TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
9	REXAPIN 2.5 MG 28 FILM TABLET (Demans'ta "G30 ve alt kodlarında" endikasyon uyumu aranacaktır)	REXAPIN 2.5 MG 28 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	DYLOXIA 30 MG 28 KAP (6 aydan uzun süre kullanılması gereken durumlarda ise psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilmesi veya psikiyatri uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.)	DYLOXIA 30 MG 28 KAP ; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞUNDAN, RAPORDA VE REÇETEDe İSE PSİKİYATRİ UZMANI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
11	UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET (254 uyarı kodundaki teşhis raporda yok)	UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	- QUANTAVIR 0,5 MG 30 FTB (HbsAg + olan hastalarda kemoterapi suresince bedeli ödenir) - TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET (alzheimer hastalığında bedeli ödenmez)	- QUANTAVIR 0,5 MG 30 FTB ; 4.2.13.1.2-3 MADDESİNE GÖRE ANTI HBC POZİTİF DURUMLARDA TEDAVİ BİTİMİNDEN SONRAKİ ENFAZLA 12 AY DAHA KULLANILABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE - TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET ;

		RAPORDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
13	TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKSİYON KALEMİ (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ)	TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKSİYON KALEMİ ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	- LIPITOR 20 MG.30 TB. (rapordan önceki son 6 ayda statin kullanmamış) - PARKYN 0.250 MG 100 TB (rapor dozu 2*1)	- LIPITOR 20 MG.30 TB. ; 15/12/2020 TARİHLİ RAPOR ÖNCESİ 6 AY İÇİNDE STATİN KULLANIMI OLMADIĞINDAN 2016 YILINDAKİ LDL DEĞERİ İLE İDAME TEDAVİ ALAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - PARKYN 0.250 MG 100 TB ; 21/09/2020 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
15	CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLAKON(9 haftalık tedaviden sonra "Trastuzumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu"nun tedaviyi yürüten hekim tarafından düzenlenerek bir örneğinin Sağlık Bakanlığına gönderilmesi ve reçete üzerinde formun düzenlendiğinin belirtilmesi gerekmektedir. ayrıca raporda ekokardiyografi değerlendirmesinin de yer alması gerekmektedir)	CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLAKON ; RAPORDA EK OLARAK, NORMAL AÇIKLAMASI BULUNDUĞUNDAN VE HASTA BİLGİLENDİRME FORMU EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
16	PARKYN 0.250 MG 100 TB (RAPORDA İLGİLİ AÇIKLAMA YOK.)	PARKYN 0.250 MG 100 TB ; G25.8 TANISI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
17	- TYKERB 250 70 FTB (1-14 günler kullanılır .21 günlük kürlerde. 1 kürlük ilaç ödendi) - FULLFRESH 5,60 MG/2,40 MG TEK DOZLUK GOZ DAMLASI 30 FLAKON (rapor dozu 24*1/ayda)	- TYKERB 250 70 FTB ; RAPORA GÖRE KAPESİTABİN TEDAVİ ŞEMASI 21 GÜNDE 14 GÜN ŞEKLİNDE LEPATİNİP İSE POZOLOJİSİNE GÖRE HERGÜN KULLANILACAĞINDAN ÖDENMESİNE. - FULLFRESH 5,60 MG/2,40 MG TEK DOZLUK GOZ DAMLASI 30 FLAKON ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
18	THINCAL 120 MG 84 KAP (RAPORDAKİ KİLO KAYBI BİR ÖNCEKİ RAPORA GÖRE ETERSİZ.AYRICA YAZILAN İFADE YETERSİZ YANLIŞ)	THINCAL 120 MG 84 KAP ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
19	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (13 kutuyu aşıyor)	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET ; AYNI RAPOR İLE BİR YIL İÇİNDE 13 KUTU SINIRI AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
21	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (rapora göre 2 haftada 40mg kullanılacak)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ; 27/10/2020 TARİHLİ REÇETE BAŞLANGIÇ DOZU ALINDIĞINDAN VE İDAME OLARAK 2 HAFTADA 40 MG (1FLK) GİRİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
22	KETILEPT 25 MG 30 FTB (G30.9 ICD-10 KODU İLE ODMEMZ.	KETILEPT 25 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
23	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (rapordaki doza uygun verilmemiştir) - LEVEMIR FLEXPEN 100U ML 5X3 ML. (rapordaki doza uygun verilmemiştir)	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML - LEVEMIR FLEXPEN 100U ML 5X3 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	MICTONORM SR 30 MG SUREKLİ SALINIMLI 30 KAP (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.)	MICTONORM SR 30 MG SUREKLİ SALINIMLI 30 KAP. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	VESICARE 5 MG 30 FTB (275 uyarı kodundaki teşhis raporda yok)	VESICARE 5 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE