

30.03.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	AIMAFIX-D.I 500 IU 1 FLK 10.(HATALI DOZ GİRİŞİ. RAPOR DOZUNA DÜZELTİLDİ (HAFTADA2/500 IU) 30.11.2022 TARİHİNDE RAPOR SÜRESİ DOLMUŞ.)	AIMAFIX-D.I 500 IU 1 FLK 10 ; 1.KOMİSYONDAN KALAN;GELEN GÖRÜŞE GÖRE DOZ ARTTIRIMI YAPILMADIĞINDAN VE HATALI DOZ GİRİŞİ İLE RAPOR SÜRESİNİN BİTİMİNE KADAR İLAÇ ÖDENDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
2	CRESTOR 20 MG.28 TABLET(HASTA İDAME TEDAVİ ALMIYOR VE YENİ LDL SONUCU YOK)	CRESTOR 20 MG.28 TABLET; RAPOR ÖNCESİ SON ALTI AY İÇİNDE TEDAVİ ALMADIĞINDAN VE BU SÜRE İÇİNDE LDL DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB(İADE EDİLMİŞTİR,İADE NEDENİ GİDERİLEMEMİŞTİR)	FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB; İADE DÖNÜŞÜ KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI YAZMIYOR.)SANDİMMUN NEO.25 MG.50 KPS.(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE; TAMAMI İNCELENSİN ÖNCESİ KESİNTİ DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR.SANDİMMUN; 29/06/2022 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL)(YAŞ ALTI İÇİN MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">INFATRİNİ 200 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(LUCENTİS DEN EYLEA YA GEÇİŞ KRİTERLERİ RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.RAPORDA NE ZAMAN BEVASİZUMAB KULLANDIĞI VE TEDAVİYE VERDİĞİ CEVAP DA YOKTUR.)	EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(HASTA SOL GÖZ İÇİN LUCENTİSTEN EYLEA YA GEÇMİŞTİR VE BEVACİZUMAB TEDAVİSİNİN UYGULAMA TARİHLERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞTİR. AYRICA RAPORDA TEDAVİYE DEVAM KRİTERLERİ EKSİK.)	EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	HUMİRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ (ANTI TNF)(HASTANIN İLACA BAŞLAMA KRİTERİ SUT A GÖRE EKSİK.)	HUMİRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	BONVİVA 150 MG FİLM KAPLI TABLET 3 ADET(RAPORDA SUTTA İSTENEN BÖLGENİN KMY SONUCU YAZMIYOR.)	BONVİVA 150 MG FİLM KAPLI TABLET 3 ADET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">DAROB 80 MG.50 TABLET(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)SAİZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KARTUS(HASTANIN İLACA BAŞLAMA KRİTERİ SUT A UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">DAROB 80 MG.50 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.SAİZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KARTUS; 20/03/2019 TARİHLİ RAPOR İLE TEDAVİYE BAŞLANAN HASTADA SUTUN 4.2.6.A-1-2. MADDESİNE GÖRE ; " BÜYÜME HORMONU İLE TEDAVİSİNE BAŞLANMIŞ HASTALARDA EPİFİZ HATLARININ AÇIK OLMASI TEDAVİNİN DEVAMI İÇİN YETERLİ OLUP KEMİK YAŞI GERİLİĞİ ŞARTI ARANMAZ. " İBARESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA SUTTA İSTENEN MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.)	FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(İLGİLİ)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA

	AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	FORTIMEL ENERGY MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)	FORTIMEL ENERGY MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML; SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCEKİ RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
14	RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)	RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
15	PEDIASURE PEPTIDE VANILYA AROMALI 200 ML SISE(200 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON SUT A UYGUN DEĞİL.)	PEDIASURE PEPTIDE VANILYA AROMALI 200 ML SISE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
16	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CİKOLATA AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CİKOLATA AROMALI; RAPORDAKİ BOY VE KİLO GELİŞİMİ <-2 SDS ALTINDADIR.. İFADESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
17	SUTENT 50 MG 14 KAPSUL (SUTENT İÇİN ENDİKASYON UYUMU ARANMAKTADIR. RAPORDAKİ BRONŞ VEYA AKCİĞER MALİGN NEOPLAZMI TEŞHİSİYLE ÖDENMEZ.)	SUTENT 50 MG 14 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE