

AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İLE VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ

1. İmmünespresifler (Topikal formları dahil)
2. Betanekol
3. Calcitriol, calcitonin, alfa calcidol
4. Corynebacterium parvum
5. Danazol
6. Desmopressin (Prospektüs endikasyonlarından yalnızca primer enurezis nokturna tedavisinde ve santral diabetes insipidus tedavisinde ödenir. Primer enurezis nokturna endikasyonunda uzman hekimce raporsuz da reçete edilebilir.)
7. Donepezil HCl, Galantamine, Memantine, Rivastigmin, Riluzol (Nöroloji, geriatri, psikiyatri uzmanlarınca düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce, raporsuz olarak da bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.)
8. Edrofonyum
9. Fentanyl Transdermal TTS, Fentanyl sitratın oral ve pastil formları
10. Gonadotropinler (FSH, LH, HCG kombinasyonları) ve Gonadotropinleri etkileyen ilaçlar (Ganireliks, Setroreliks) (IVF, IUI, OI tedavilerinde 6.2.42 maddesi esasları geçerlidir.) (Çocuk cerrahisi uzmanı hekimlerince de reçete edilebilir)
11. Palonosetron HCL (her kür için bir flakon), Granisetron parenteral, Ondansetron parenteral, Tropisetron parenteral
12. Her türlü immün serum, hiperimmün gammaglobinler (Hepatit B, kuduz ve tetanoz immün serumları hariç)
13. Her türlü enteral ve parenteral beslenme ürünleri (Lipid, protein, aminoasit solüsyonları gibi; SUT'un 6.2.8 numaralı maddesinde yer alan esaslara göre)
14. Koloni stimüle eden faktörler (Granülosit, Makrofaj, Filgrastim, Lenograstim vb.) (Lenograstim, 4 Flakona kadar kullanımı ancak "periferik kan progenitör hücrelerinin mobilizasyonu" endikasyonunda mümkündür.)
15. Kontraseptifler (Prospektüsünde yer alan kontrasepsiyon dışındaki tedavi endikasyonlarında ödenir.)
16. Atomoksetine: (6 yaş ve üstü çocuklarda, çocuk psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden çocuk psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından reçetelenmek koşulu ile.)
17. Parenteral Asiklovir
18. Parenteral Zidovudin
19. Periton ve hemodiyaliz solüsyonları
20. Siproteron acetate (Düşük doz kombine preparatlar hariç)
21. **Somatostatin ve analogları** (Yalnızca intestinal ve pankreatik fistüllerin tedavisi ve gastrointestinal sistemde görülen endokrin tümörlerin aşırı sekresyonlarının semptomatik tedavisi endikasyonlarında ödenir)
22. Mesalazin
23. Vazopressin
24. Aprepitant (Yüksek doz sisplatin (50 mg/m² ve üzeri), kemoterapi rejimleri ile gelişen ya da kök hücre destekli yüksek doz kemoterapi uygulamaları sonrası gelişen emezisin önlenmesinde, bu durumların sağlık kurulu raporuyla belirtilmesi halinde ödenir)
25. Imigluseraz, (SUT'un 6.2.10 numaralı maddesinde yer alan esaslara göre)
26. L-Ornithin- L- Aspartat oral formları (İç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçete edilir.)
27. Tobramisin İnhaler; (İlk defa ilaç kullanacak hastalarda; son 6 ay içerisinde en az birer aylık aralar ile alınan en az 3 solunum yolu kültüründe (balgam veya bronkoalveolar lavaj) p.aeriginosa varlığı kanıtlanan pozitif kültür sonuçlarının ekli olduğu üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde göğüs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanının bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporu ile yine bu uzmanlar tarafından 1 kutu reçetelendirilmesi, sonraki her reçete için yeni pozitif kültür sonucu eklenmesi; tedavinin devamında raporun yenilenmesi durumunda raporda devam tedavisi olduğunun belirtilmesi ve reçeteye yeni pozitif kültür sonucunun ekli olması; bu düzenlemenin yürürlük tarihinden önce ilaca başlamış olan hastalar için devam tedavisi kriterleri aranması)
28. Suni gözyaşı; (Göz hastalıkları uzman hekimi veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
29. Kortikosteroidli tek doz göz damlaları (Göz hastalıkları uzman hekimi veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
30. Oksimetolon (İç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimi veya bu uzman hekimlerin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
31. Disülfiram, Naltrekson hidroklorür, Akamprosat kalsiyum (Psikiyatri uzmanı veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)

32. Kenodoksikolik Asit (İç hastalıkları veya genel cerrahi uzmanı veya bu uzman hekimlerin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
33. Deferoksamin metansülfonat (İç hastalıkları veya çocuk sağlığı hastalıkları uzman hekimi veya bu uzman hekimlerin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
34. Amifostin (Kemoterapi ve radyoterapide raporla)
35. Deferipron (Hematoloji uzmanının düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
36. Kollojen: (Yalnızca Dekübitüs yaralarında; genel cerrahi, plastik cerrahi, cildiye ve ortopedi uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu sağlık kurulu raporu ile 1)-Bası yaralarının (Grade 1-2) tedavisinde, aynı yara için en çok bir kez 3 hafta süre ile, 2)-Cerrahi yapılamayacak durumda olan hastalarda (ileri derecede kronik rahatsızlığı olan hastalar ve anestezi açısından risk grubu olarak ASA 3 ve üzerinde olan hastalar); en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile en fazla birer aylık dozda reçetelenmek koşulu ile kullanılabilir)
37. İloprost trometamol (Intravenöz formları), Alprostadil 20 mcg/ml; (Üniversite, eğitim ve araştırma hastanelerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik raporları eklenmiş; kardiyoloji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, pediyatrik kardiyoloji uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporu ile yalnızca bu uzman hekimlerce)
38. Dornaz alfa (Yalnızca kistik fibrozisli hastalarda üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile tüm hekimlerce)
39. (Mülga: 06/8/2010-27664/19 md.Yür:09/08/2010)
40. Testosteron (Üroloji, endokrin, çocuk cerrahi uzman hekimlerince veya bu uzman hekimlerinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
41. Ursedeoksikolikasit (İç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, pediyatrik cerrahi, genel cerrahi uzman hekimlerince veya bu uzman hekimlerinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
42. Tauroursodeoksikolikasit (İç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince veya bu uzman hekimlerinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
43. Tagaserod maleat (Gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu uzman hekimlerinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
44. Potasyum sitrat (5 mEq - 10 mEq) (Nefroloji veya üroloji uzman hekimlerince veya bu uzman hekimlerinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
45. Solifenasin, Tolterodine-L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin; Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda tüm uzman hekimler tarafından, uzman hekimlerce düzenlenen rapora dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.
46. Hidromorfon hidroklorür
47. Deferasiroks (2 yaş üstü "organ hasarı oluşan yada organ hasarı riski bulunan hastalarda" bu durumun raporda belirtilmesi kaydıyla en az bir hematolog uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzmanlarınca reçete edilebilir.)
48. Pilokarpin HCL etken maddesinin tablet formları (**Kserostomi tedavisinde;** Radyasyon onkoloji uzmanı tarafından düzenlenen ve ilk defada en fazla 3 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak,uzman hekimler tarafından reçetelenir. Tedavinin devamı gerektiğinde aynı şekilde düzenlenecek uzman hekim raporu ile uzman hekimler tarafından reçetelenir. **Sjögren sendromundaki kullanımı:** Romatoloji, immunoloji, FTR uzman hekimlerinden birinin bulunduğu 3 uzman hekim tarafından düzenlenecek, ilacın kullanım dozunun da belirtildiği en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.)
49. Omalizumab (12 ve üzeri yaş gruplarında ağır persistan allerjik astımlı ve vücut ağırlığı 20-150 kg olan, yüksek doz kortikosteroid ve uzun etkili beta2 agonist ve/veya lökotrien reseptör antagonisti tedavisine rağmen yanıt alınamayan, ev tozu akarı kedi köpek tüyü ve hamamböceği, mold sporları gibi en az bir preniyal allerjenlere duyarlı olduğu gösterilmiş (cilt testleri veya spesifik IgE pozitifliği ile) ile serum Ig E düzeyinin30- 700 IU/ml olduğu belirlenen ve allerji, göğüs hastalıkları ve klinik immunoloji uzmanlarından oluşan heyet tarafından tedavisine karar verilmiş hastalarda, 16 hafta ile geçerli ve bu kurul tarafından düzenlenmiş rapor ile tedaviye başlanır. (klinik immunoloji, allerji, göğüs hastalıkları uzmanlık dallarından en az ikisinin bulunduğu 3 uzman hekimin yer aldığı heyet raporu olmalıdır.) 16 haftanın sonunda hastanın tedaviye verdiği yanıt benzer bir kurul tarafından değerlendirilerek hastanın tedavisine devam edilmesine karar verildiğinde 1 yıl süre ile geçerli olacak heyet raporu düzenlenir, 1 yılın sonunda hasta tekrar değerlendirmeye alınır.)
50. Amantadin Sülfat (İnfluenza A ya bağlı salgın olduğu durumlarda profilaktik olarak; 7 yaş altı ve 65 yaş üstü veya Risk gruplarında (HIV (+), malignite, DM dahil herhangi bir kronik metabolik hastalığı, kronik renal disfonksiyonu, hemoglobinopatisi veya immun yetmezliği olan veya immunsupresif tedavi alan erişkin ve çocuklar veya 6 ay-18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetilsalisilik asit tedavisi alan çocuk ve adolosanlarda) bu hastalıkları belirtir ve grip aşısının yapılamadığı (kontrendike olduğu durumlar ile erken aşılamanın yapılamadığı durumlar) durumlarda, ilacın prospektüsünde tanımlanan kullanım süreleri de dikkate alınarak en fazla 6 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna istinaden uzman hekimler tarafından reçetelenmesi) (Parkinson endikasyonunda 6.2.36 maddesi esaslarına göre)
51. Anjiyotensin reseptör blokerleri (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan,Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil): uzman hekim raporuna dayanılarak tüm

hekimlerce reçete edilebilir. (Raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresinin belirtilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.)

52. Asetilsistein (600 mg ve altındaki farmasötik dozları içeren aynı eşdeğer gruptaki en küçük ambalaj formu hariç)
53. Dabigatran (Elektif kalça ve diz total eklem replasmanlarında derin ven trombozunun profilaksisinde, bu durumun belirtildiği ortopedi uzman hekimlerince düzenlenen rapora dayanılarak; diz için en fazla 10, kalça için en fazla 35 günlük kullanım bedeli ödenir)

NOT: Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”nde yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir.

Bu listede yer almamakla birlikte Tebliğin ilgili maddelerinde kullanımı rapor koşuluna bağlı ilaçlar, maddesi doğrultusunda verilecektir.