

OCAK 2021 KESİNTİ İTİRAZ KOMİSYONU TOPLANTI SONUÇLARI

KESİNTİ GEREKÇESİ	İTİRAZ GEREKÇESİ	KARAR	ÜST İTİRAZ DURUMU
Stelara 90 MG.S.C. " Kronik hastalıklarda reçetesiz ilaç tedavisi- Stelara 90 mg. Enj.tedavi devamı doz düzeltme 1*1 ay 1*1/3 ay yapılacaktır. Reç. No:2875CWK Provizyon ilacın süresi dolmamış uyarısıyla işlem yapılamadı." Gereğesiyle kesinti yapılmıştır.	"Stelara 90 MG. S.C. Kullanıma Hazır Enj. İlaç listesinde daha öncesi görülmediği için ilk başlangıç sayılıp doz girilmiş. Reçetenin tekrar incelenmesini talep ediyorum." Gereğeli dilekçe ile itiraz edilmiştir.	Konuyla ilgili itirazı destekleyici hiçbir bilgi ve belge sunulmamıştır. Kesintinin uygun olduğuna karar verilmiştir.	
Humira FLK. " Kronik hastalıklarda reçetesiz ilaç temini Remicade 100 mg. FL.-Humira 40 mg. Birlikte kullanılmaz. (Bkz. SUT aynı hasta için iki farklı teşhis ile iki farklı anti-tnf ve/veya iki farklı biyolojik ajanın birlikte kullanılması halinde bedelleri kurumca karşılanmaz) "Gereğesiyle kesinti uygulanmıştır.	"Kesintiye sebep olan Humira FL.isimli ilaç raporun açıklama kısmında belirtildiği üzere Allerjik reaksiyon gelişmesi sonucu başlanmıştır. Hasta Remicade Fl. Tedavisi altındayken doktor kontrolünde doz uygulanmış hastaya reaksiyon gelişince yen rapor düzenlenip Humira isimli ilaca geçilmiştir. Hasta kesinti nedeninde yazdığı şekilde iki ilacı birlikte kullanmamaktadır. Gereklince incelemelerin yapıp kesintinin iptalini ve tarafıma iadesini rica ederim." Şeklinde dilekçe ile itiraz edilmiştir.	Kronik hastalıklarda reçetesiz ilaç alım-Remicade 100 MG.FL. hastaya ait 20.10.2020 tarihli reçeteyle Remicade 100 MG. 1*2/15 gün işlem yapılmıştır. Rap. 17.07.2020/48769 ilacın tedavi protokolü 1.-15.-45. günlerde ve daha sonra 8 HF.olarak belirtilmiş olup bu tarihteki ve önceki ilaç alım doz 1*2/15 GÜN olarak işlem yapılmıştır. Tedavi protokolüne uygun ilaç alım tarihi 13.11.2020/8 HF.olması gerekirken Rap. 23.10.2020/71847 tarihli raporla da İnfliksimab (Remicade FL.) adlı ilaca allerjik reaksiyon gelişmesi (Ürtiker) nedeniyle adaliumab (Humira 40 mg.enj.) adlı ilaca geçilmiştir. Kesinti uygun olup, Humira FL. için değil, Remicade FL. için kesinti uygulanmıştır.	

Humalog Kwikpen 100 IU/ML S.C. Kullanıma hazır çözelti içeren Enj. Kalem ; " Hastaya ait 13.10.2020 tarihli kronik hastalıklarda reçetesiz ilaç alımı-polifarmasi- güncel raporla işlem yapılmalıydı. (Novomix 30 Flexpen+ Humalog Kwikpen+Levemir Flexpen)" gerekçesi ile kesinti yapılmıştır.	"Humalog Kwikpen 100 IU/ML S.C. Kullanıma hazır çözelti içeren Enj. Kalem reçeteye ait kesintinin tekrar incelenmesini rica ediyorum." Şeklinde dilekçe ile kesintiye itiraz edilmiştir.	Kesintinin uygun olduğuna karar verilmiştir.	
---	--	--	--

<p>Brilinta 90 Mg. 56 Tb "Rap. Tarihi:21.10.2019/90297 13KT. Kullanılması gerekirken 15 KT. Verilmiş, kronik hastalıklarda reçetesiz ilaç alım 3 KT/1 KT düşürülerek ödendi. 4.2.15.E-Tikagrelor; 1) Akut koroner sendromlu hastalardan ST yükselmeli miyokard enfarktüsü (NSTEMI) veya ST yükselmeli miyokard enfarktüsü (STEMI) olan ve acil servise müracaat etmiş hastalarda;2) Tikagrelor başlanmadan önceki 72 saat içinde hastaneye yatırılmış olması ve acil tedavide fibrinolitik tedavi uygulanmamış olması,3) Hastanın varfarin tedavisi altında olmaması, 4) Aşağıdaki durumlardan birinin mevcut olması;* EKG de en az iki ardışık derivasyonda 1 mm ve üzeri persistan ST segment yükselme göstermesi ve troponin/CK-MB pozitif olması (STEMI) veya, * Persistan göğüs ağrısı bulunması ve EKG'de en az iki ardışık derivasyonda 1 mm den derin ST depresyonu veya R dalgasının dominant olduğu en az iki ardışık derivasyonda 1 mm den derin T negatifliği ve persistan olmayan ST segment yükselmesi göstermesi ve miyokard nekrozunu gösteren troponin/CK-MB pozitif olması (NSTEMI); * Yukarıdaki maddelerde tanımlanan koşulların tamamını gösteren hastalarda bu durumların belirtildiği kardiyoloji veya kalp damar cerrahisi uzman hekimlerinden birinin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak (Değişik:RG- 05/08/2015-29436/16 b md.Yürürlük:13.08.2018) kardiyoloji, kalp damar cerrahisi veya iç hastalıklarıuzman hekimleri tarafından reçetelenir.Tedavi süresi 1 yıldır (13 kutu) ilacın hastaya tekrar kullanımı ancak hastada aynı koşulların yeniden oluşması halinde mümkündür." Gerekeşi ile kesinti yapılmıştır.</p>	<p>"Brilinta 90 Mg. 56 Tb. Adlı ilacın 15 KT. Verildiği bildirilmektedir.Oysa ekte sunduğum belgelerimden de anlaşılacağı gibi hastanın ulaşılabildiğim bilgilerinden sistemden 13 KT.verdiğim görülmektedir.Ayrıca bu gibi özel ilaçlar için devam reçeteleri uygulamasının yanıltıcı olması bizleri mağdur etmektedir. Bu hata teknik bir hatadır. Gereğinin yapılmasını arz ederim." Gerekeşiyle sunulan dilekçe ile kesintiye itiraz edilmiştir.</p>	<p>Oy çokluğu sağlanamadığından Üst İtiraz Komisyonuna gönderilmesine karar verilmiştir.</p>	
---	--	--	--