

**AYAKTA TEDAVİDE SAĞLIK RAPORU (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İLE
VERİLEBİLECEK İLAÇLAR LİSTESİ**
(*üzeri çizilen ifadeler iptal edilen veya değiştirenleri belirtir*)

1. İmmünesupresifler (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 hekimlerce raporsuz da reçete edilebilir.)
7. Donepezil HCl, Galantamine, Memantine, Rivastigmin, Riluzol (Nöroloji, geriatri, psikiyatri uzmanhekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
8. Edrofonyum
9. Fentanyl Transdermal TTS, Fentanyl sitratın oral ve pastil formları
10. Gonadotropinler (FSH, LH, HCG kombinasyonları) ve Gonadotropinleri etkileyen ilaçlar (Ganireliks, Setoreliks) (IVF, IUI, OI tedavilerinde 4.2.42 maddesi esasları geçerlidir.) (Çocuk cerrahisi uzmanı hekimlerince de reçete edilebilir)
11. (**Değişik: RG-30/08/2014-29104/ 32-a md. Yürürlük: 06/09/2014**) ~~Palonosetron HCL (her kür için bir flakon), Granisetron, Ondansetron, Tropisetron~~ **Palonosetron HCL (her bir kemoterapi uygulamasında 7 gün için 1 flakon), Granisetron, Ondansetron, Tropisetron**
12. Her türlü immün serum, hiperimmün gammaglobinler (Hepatit B, kuduz ve tetanoz immün serumları hariç)
13. Her türlü enteral ve parenteral beslenme ürünleri (SUT'un 4.2.8 numaralı maddesinde yer alan esaslara göre)
14. Koloni stimüle eden faktörler (**Ek: RG- 18/06/2016- 29746/ 32-a md. Yürürlük: 25/06/2016**) (Granülosit, Makrofaj, Filgrastim, Lenograstim, **Pegfilgrastim (Ek:RG-28/12/2018-30639/ 43-a md. Yürürlük:08/01/2019), Lipefilgrastim**) (Lenograstim, günde 4 Flakona kadar kullanımı ancak "periferik kan progenitör hücrelerinin mobilizasyonu" endikasyonunda)
15. Kontraseptifler (Prospektüsünde yer alan kontrasepsiyon dışındaki tedavi endikasyonlarında ödenir.) (**Ek:RG-21/03/2018-30367/39-a md. Yürürlük:01/04/2018**) (Levonorgestrel etkin maddeli ürünün anormal uterus kanamalarında kullanımı öncesi, intrauterin organik patolojilerin ekartasyonu için (**Ek: RG-30/12/2020-31350/ 19-a md. Yürürlük:08/01/2021**) transvajinal ultrasonografi veya endometriyal biyopsi veya ofis histeroskopi ya da Salin İnfüzyon Sonografisi (SİS) yapılması, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri tarafından düzenlenen sağlık raporuna istinaden kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.)
16. Atomoksetine: ~~**Değişik:RG- 25/07/2014-29071/ 64-a md. Yürürlük: 07/08/2014**~~ (6 yaş ve üstü çocuklarda, çocuk psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince.) (6 yaş ve üstü çocuklarda çocuk psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. 16-18 ergen yaş grubunda ayrıca erişkin psikiyatri uzmanları da aynı koşullarda rapor ve reçete düzenlenebilir.) (**Değişik: RG-05/08/2015- 29436/ 40-a md. Yürürlük: 13/08/2015**) (6 - 25 yaş hastalarda psikiyatri uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak psikiyatri uzman hekimi veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir. 16-18 ergen yaş grubunda ayrıca erişkin psikiyatri uzmanları da aynı koşullarda rapor ve reçete düzenlenebilir.)
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 veya antrasiklin (doksorubisin veya epirubisin) ve siklofosamid kombinasyon kemoterapisinin başlangıç ve tekrar kürleri ile ilişkili bulantı veya kusmanın önlenmesinde, bu durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak ödenir.) (**Ek: RG-16/06/2020-31157/26-a md. Yürürlük: 24/06/2020**)
- 24.1. Fosaprepitant dimeglumin (Yetişkinlerde ve 6 aylık ve daha büyük pediatrik hastalarda yüksek ve orta derecede emetojenik kanser kemoterapisi ile ilişkili bulantı ve kusmanın önlenmesinde, bu durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bir kür süresince en fazla 1 kutu reçete edilebilir. Aprepitant ile birlikte kullanılmaz.)
25. Imigluseraz, (SUT'un 4.2.10 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)

27. (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637/ 41-a md. Yürürlük: 06/08/2012**) Tobramisin İnhaler ve Kolistimetat (Kistik fibrozis hastalarında pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda ödenir. 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.aeruginosa pozitif kültür sonuçları ve tarihleri Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde göğüs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Raporun yenilenmesi durumunda devam tedavisi olduğu, yeni pozitif kültürün tarihi ve sonucu belirtilir. Sağlık raporuna dayanılarak bu hekimlerce en fazla 1 kutu reçetelenir. Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.) **Tobramisin İnhaler ve Kolistimetat (Kistik fibrozis hastalarında pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda ödenir. 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.aeruginosa pozitif kültür sonuçları ve tarihleri Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde göğüs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek 1 yıl süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Raporun yenilenmesi durumunda devam tedavisi olduğu, yeni pozitif kültürün tarihi ve sonucu belirtilir. Sağlık raporuna dayanılarak bu hekimlerce tobramisin en fazla 1 kutu, kolistimetat 1 aylık dozda (ilk reçete dahil) reçetelenir. Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.) (Değişik: RG-30/08/2014-29104/32-b md. Yürürlük:06/09/2014)** Tobramisin İnhaler ve Kolistimetat (Kistik fibrozis hastalarında pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda ödenir. İlk defa ilaç kullanacak hastalarda; son 6 ay içerisinde alınan solunum yolu kültüründe (balgam veya bronkoalveolar lavaj) p.aeruginosa pozitif kültür sonuçları ve tarihleri Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde göğüs hastalıkları uzmanı veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek (**Değişik: RG-21/03/2018-30367/39-b md. Yürürlük: 01/04/2018**) 1 yıl 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilir. Raporun yenilenmesi durumunda devam tedavisi olduğu, yeni pozitif kültürün tarihi ve sonucu belirtilir. Sağlık raporuna dayanılarak bu hekimlerce tobramisin en fazla 1 kutu, kolistimetat 1 aylık dozda (ilk reçete dahil) reçetelenir. (**Mülga: RG- 21/03/2018- 30367/ 39-b md. Yürürlük: 01/04/2018**) Sonraki her reçete için yeni pozitif kültür tarihi ve sonucu reçete veya raporda belirtilir.
28. Suni gözyaşı; (Göz hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
29. Kortikosteroidli tek doz göz damlaları (Göz hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
30. Oksimetolon (İç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
31. Disülfiram, naltrekson hidroklorür, akamprosat kalsiyum (Psikiyatri uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
32. Kenodoksikolik asit (İç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
33. Deferoksamin metansülfonat (İç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
34. Amifostin (Kemoterapi ve radyoterapi)
35. Deferipron (Hematoloji uzmanının düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
36. Kollajen (Yalnızca dekübitis yaralarında; [bası yaralarının (Grade 1-2) tedavisinde(aynı yara için en çok bir kez 3 hafta süre ile) ve cerrahi yapılamayacak durumda olan hastalarda (ileri derecede kronik rahatsızlığı olan hastalar ve anestezi açısından risk grubu olarak ASA 3 ve üzerinde olan hastalar)] genel cerrahi, plastik cerrahi, cildiye (**Ek: RG-07/10/2016-29850 /53-a md. Yürürlük: 15/10/2016**), geriatri ve ortopedi uzmanlarından en az ikisinin bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce birer aylık dozda reçetelenir.
37. İloprost trometamol (İntravenöz formları), Alprostadil 20 mcg/ml (**Ek: RG- 04/09/2019-30878/ 64-a md. Yürürlük: 12/09/2019**) (Tıkaçıcı periferik arter hastalığında Fontan sınıflandırmasına göre Evre III ve IV olan ve diğer tedavilerin başarısız ya da imkânsız olduğu durumlarda son tedavi seçeneği olarak kullanılması halinde); 3. basamak sağlık tesislerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik sonuçlarının belirtildiği; kardiyoloji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, pediatrik kardiyoloji ve romatoloji uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak yalnızca bu uzman hekimlerce (Sistemik skleroz endikasyonunda SUT un 4.2.43 numaralı maddesine göre) (**Ek: RG- 04/09/2019-30878/ 64-b md. Yürürlük: 12/09/2019**)
- 37.1. Alprostadil 10 ve 20 mcg/ml: Yetişkin erkek hastalarda nörojenik, vaskülojenik, psikojenik ya da karışık etiyojoli kaynaklı erektil disfonksiyon tedavisinde veya erektil disfonksiyon teşhisinde diğer tanı testlerine yardımcı olarak kullanılması durumunda, üroloji uzman hekimlerince düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden üroloji uzman hekimlerince ilk reçetede tek doz olarak, yan etki oluşmayan hastalarda devamında bu durum reçetede belirtilerek en fazla 2 haftalık dozlarda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
38. Dornaz alfa (Yalnızca kistik fibrozisli hastalarda 3. basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
39. Risperidon (**Ek:RG-07/10/2016-29850/53-b md. Yürürlük:15/10/2016**), aripiprazol ve paliperidonun (**Ek:RG-21/03/2018-30367/39-c md. Yürürlük:01/04/2018**) 1 aylık depo parenteral formları (Psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince) (**Ek:RG-21/03/2018-30367/ 39-ç md. Yürürlük: 01/04/2018**)

- 39.1. Paliperidonun 3 aylık depo parenteral formları (Aralıksız en az 4 ay süreyle paliperidonun 1 aylık depo parenteral formunun kullanımı sonrası klinik olarak stabil olan hastalarda bu durumun belirtildiği psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. 3 aylık depo parenteral form ile stabil olan hastalarda tedaviye üç aylık depo parenteral formla devam edilir. Bu tedaviye devam edilemeyen hastalarda ise gerekçesinin belirtildiği psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bir aylık depo parenteral formuna yeniden geçilebilir.)
40. Testosteron (Üroloji, endokrin, çocuk cerrahi uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
41. Ursedeoksikolikasit (İç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, pediyatrik cerrahi, genel cerrahi uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
42. Tauroursodeoksikolikasit (İç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
43. Tegaserod maleat (Gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekimlerince raporsuz bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce)
44. Potasyum sitrat (5 mEq - 10 mEq) (**Değişik: RG-05/082015-29436 /40-b md. Yürürlük:13/08/2015**) (~~Nefroloji veya üroloji uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce~~) (**Nefroloji veya üroloji uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçetelenir.**)
45. (**Değişik: RG-07/10/2016-29850 /45-c md. Yürürlük: 15/10/2016**) (**Değişik: RG- 04/05/2013- 28637 / 41-b md. Yürürlük: 11/05/2013**) ~~Solifenasin, Tolterodine L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin, Fesoterodin; Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce~~ **Solifenasin, Tolterodine L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin, Fesoterodin, Duloksetin; Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce** Solifenasin, Tolterodine-L, Trospiyum, Darifenasin, Propiverin, Fesoterodin (**Ek: RG- 08/06/2017- 30090/ 36 md. Yürürlük: 16/06/2017**), (**Değişik: RG- 09/09/2017-30175/ 48-a md. Yürürlük: 23/09/2017**) ~~Mirabegron; Oksibutinine~~ **Mirabegron, Transdermal Oksibutinine; oral oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir. Duloksetin, erişkin kadınlarda orta dereceli ve şiddetli Stres Üriner İnkontinans (SÜİ)'in tedavisinde (Ek: RG-16/06/2020-31157/26-b md. Yürürlük: 24/06/2020) ve Stres Üriner İnkontinansın baskın olduğu Mikst Üriner İnkontinans (sıkışma ve stres üriner inkontinansın birlikteliği) tedavisinde uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.**
46. Hidromorfon hidroklorür (**Değişik: RG- 04/09/2019-30878/ 64-c md. Yürürlük: 12/09/2019**)
47. ~~Deferasiroks (2 yaş üstü "organ hasarı oluşan ya da organ hasarı riski bulunan hastalarda" bu durumun belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince)~~
47. **Deferasiroks etken maddeli ilacın suda dağılabilen tablet formlarının 2 yaş ve üzeri, tablet formlarının 5 yaş üzeri organ hasarı oluşan ya da organ hasarı riski bulunan hastalarda bu durumun belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedavi altında iken karaciğer demir konsantrasyonu <3 mg/g kuru ağırlık veya serum ferritin <300 mikrogram/L olduğunda tedavi sonlandırılır.**
48. .Pilocarpin HCL oral formları (**Kserostomi tedavisinde;** Radyasyon onkolojisi uzman hekimince düzenlenecek 3 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, uzman hekimlerce reçetelenir. **Sjögren sendromunda;** Romatoloji, immunoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzman hekimlerinden birinin yer aldığı ilacın kullanım dozunun da belirtildiği bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.)
49. Omalizumab (**Değişik: RG-30/08/2014-29104/ 32-c md. Yürürlük: 06/09/2014**) (~~12 yaş ve üzeri hastalarda ağır persistan alerjik astımlı ve vücut ağırlığı 20-150 kg olan, yüksek doz kortikosteroid ve uzun etkili beta 2 agonist ve/veya lökotrien reseptör antagonisti tedavisine rağmen yanıt alınamayan, ev tozu akarı, kedi köpek tüyü, hamamböceği ve mold sporları gibi en az bir preniyal alerjene duyarlı olduğu gösterilmiş (cilt testleri veya spesifik IgE pozitifliği ile) (Değişik:RG- 04/05/2013- 28637 / 41-c md. Yürürlük: 11/05/2013)~~ serum Ig E düzeyinin 30-700 IU/ml ~~serum Ig E düzeyinin 30-1500 IU/ml olduğu~~ belirlenen durumlarda, alerji, göğüs hastalıkları ve klinik immunoloji uzman hekimlerinden en az ikisinin yer aldığı ~~16 hafta süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçetelenir. 16 haftanın sonunda tedaviden cevap alınması halinde bu durumun belirtileceği 1 yıl süreli yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek yine bu hekimlerce reçetelenir.~~)
- a) 12 yaş ve üzeri hastalarda ağır persistan alerjik astımlı ve vücut ağırlığı 20-150 kg olan, yüksek doz kortikosteroid ve uzun etkili beta 2 agonist ve/veya lökotrien reseptör antagonisti tedavisine rağmen yanıt alınamayan, ev tozu akarı, kedi köpek tüyü, hamamböceği ve mold sporları gibi en az bir preniyal alerjene duyarlı olduğu gösterilmiş (cilt testleri veya spesifik IgE pozitifliği ile) serum Ig E düzeyinin 30-1500 IU/ml olduğu belirlenen durumlarda, alerji, göğüs hastalıkları ve klinik immunoloji uzman hekimlerinden en az ikisinin yer aldığı 16 hafta süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu hekimlerce reçetelenir. 16 haftanın sonunda tedaviden cevap alınması halinde bu durumun belirtileceği 1 yıl süreli yeni sağlık kurulu raporu düzenlenerek yine bu hekimlerce reçetelenir.
- (**Değişik: RG-28/12/2018-30639/ 43-b md. Yürürlük: 08/01/2019**)

b) Kronik İdiyopatik Ürtiker hastalarından daha önce en az 6 ay süreyle antihistaminik tedavisi almış ancak yanıt alınmamış olan hastalarda, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde dermatoloji ve/veya alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tedaviye başlanır. Rapor süresi 3 ayı geçemez. İlk 3 aylık omalizumab ile tedavi süresi sonunda yanıt alındığının raporda belirtilmesi koşuluyla hekim tarafından uygun görülen zaman dilimi sonrasında ikinci 3 aylık tedavi verilebilir. Tedavi süresi 6 aya tamamlanarak tedavi sonlandırılır. (Değişik: RG-10/05/2018-30417/30-a md. Yürürlük: 18/05/2018) 6. aydan sonra nöks olan hastalarda bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla, tekrar 6 ay süreyle antihistaminik tedavisi alma koşulu aranmaksızın aynı koşullarda tedavi tekrarlanabilir. Reçeteler dermatoloji veya alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerince düzenlenir. Her 6. doz uygulamasından sonra olmak üzere, hekimin belirleyeceği ara verme süresi sonunda nöks ortaya çıkması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla, tekrar antihistaminik tedavisi alma koşulu aranmaksızın 6'şar ay süreli sağlık kurulu raporlarına istinaden tedavi tekrarlanabilir. Reçeteler, sağlık kurulu raporuna istinaden dermatoloji veya alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerince birer aylık dozlarda düzenlenir.

b) Kronik İdiyopatik Ürtiker hastalarından daha önce en az 24 hafta süreyle antihistaminik tedavisi almış ancak yanıt alınmamış olan hastalarda, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde dermatoloji ve/veya alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tedaviye başlanır. Rapor süresi 12 haftayı geçemez. İlk 12 haftalık omalizumab ile tedavi süresi sonunda yanıt alındığının raporda belirtilmesi koşuluyla hekim tarafından uygun görülen zaman dilimi sonrasında ikinci 12 hafta tedavi verilebilir. Tedavi süresi 24 haftaya tamamlanarak tedavi sonlandırılır. Her 6. doz uygulamasından sonra olmak üzere, hekimin belirleyeceği ara verme süresi sonunda nöks ortaya çıkması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla, tekrar antihistaminik tedavisi alma koşulu aranmaksızın 24 hafta süreli sağlık kurulu raporlarına istinaden tedavi tekrarlanabilir. Reçeteler, sağlık kurulu raporuna istinaden dermatoloji veya alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerince 4'er haftalık dozlarda düzenlenir.

50. Amantadin Sülfat oral formları (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 immün yetmezliği olan veya immünyüpresif tedavi alan erişkin ve çocuklar veya 6 ay-18 yaş arasında olan ve uzun süreli asetilsalisilik asit tedavisi alan çocuk ve adölesanlarda, grip aşısının yapılamadığı (kontrendike olduğu durumlar ile erken aşılamanın yapılamadığı durumlar) durumlarda, en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçetelenir.) (Parkinson endikasyonunda 4.2.36 maddesi esaslarına göre)
51. Anjiyotensin reseptör blokerleri (İrbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan, Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil) (Raporda, ayrıca ilaç/ilaçların kullanım dozu, uygulama planı ve süresinin belirtilmesi zorunluluğu bulunmamaktadır.) (Ek: RG-07/10/2016-29850 /53-ç md. Yürürlük: 15/10/2016) Anjiyotensin reseptör blokerlerinin diğer antihipertansifler ile kombinasyonlarının kullanılmasında; hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınmadığının raporda belirtilmesi gerekmektedir.
52. Palivizumab (RSV immünglobülini) (SUT 4.2.20. maddesi esaslarına göre)
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.)
54. Rivaroksaban (Elektif kalça ve diz total eklem replasmanlarında derin ven trombozunun profilaksisinde, bu durumun belirtildiği ortopedi uzman hekimlerince düzenlenen rapora dayanılarak; diz için en fazla 1 kutu, kalça için en fazla 3 kutu kullanım bedeli ödenir.)
55. Gingko glikozidleri (65 yaş ve üzeri hastalarda yalnızca alzheimer tipi demans, vasküler demans ve miks formlarındaki demans sendromları endikasyonlarında, nöroloji (Ek: RG-07/10/2016-29850 /53-d md. Yürürlük: 15/10/2016) veya geriatri uzman hekimlerince düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce)
56. Deksametazon intravitreal İmplant (Gözün posterior segmentinde kendisini non-infeksiyöz üveit şeklinde gösteren enflamasyonunda 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir. Her bir göz için yılda maksimum (Değişik: RG- 04/09/2019-30878/ 64-ç md. Yürürlük: 12/09/2019) 2 4 uygulama yapılır.)
57. (Değişik:RG-25/07/2014-29071/64-b md. Yürürlük: 07/08/2014) Gliserol+sorbitol içeren laksatifler (Tetrapleji, hemipleji, parapleji ve spinal kord yaralanmalarına bağlı gastrointestinal fonksiyon bozukluğu durumlarında, gastroenteroloji ve nöroloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce) Gliserol+sorbitol içeren laksatifler (Tetrapleji, hemipleji, parapleji ve spinal kord yaralanmalarına bağlı gastrointestinal fonksiyon bozukluğu durumlarında, gastroenteroloji ve nöroloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçetelenir. Bu durumların dışında raporsuz tüm hekimlerce reçete edilebilir.)
58. Eplerenon; (Değişik:RG- 18/02/2015-290271/ 29-a md. Yürürlük: 28/02/2015) (Ek:RG- 04/05/2013-28637/ 41-ç md. Yürürlük: 11/05/2013) Eplerenon (Spironolakton tedavisi altındayken jinekoma gelişen veya spironolaktonu tolere edemeyen akut MI sonrası klinik kalp yetmezliği olan sol ventrikül disfonksiyonlu (Atım volumü(LVEF)≤%40) hastaların tedavisinde kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelenebilir. Hipertansiyon tedavisinde ödenmez.)

Yalnızca spironolakton tedavisi altındayken jinekoma gelişen veya spironolaktonu tolere edemeyen;

a) Akut MI sonrası klinik kalp yetmezliği olan sol ventrikül disfonksiyonlu (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ((LVEF)≤%40) hastaların tedavisinde,

b) Standart tedaviye ek olarak, kronik kalp yetmezliği (NYHA Sınıf II) ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonlu (LVEF ≤%30) olan yetişkin hastaların tedavisinde,

- kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelenebilir.
(Ek: RG-30/08/2014-29104/ 32-ç md. Yürürlük: 06/09/2014)
59. İdebenon; yalnızca Fridreich Ataksisi veya serebral ataksi endikasyonunda (Ek: RG- 18/02/2015-29271/ 29-b md. Yürürlük: 28/02/2015) ödenir, nöroloji uzman hekimi raporuna istinaden nöroloji uzman hekimlerince reçetelenir.
60. Biotin; yalnızca Doğuştan Metabolik ve Kalıtsal Hastalıklar, MNGIE (Mitokondriyal Nörogastrointestinal Ensefalomyelopati) ve Mitokondrial sitopati endikasyonlarında; metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilir.
61. Ketojenik tıbbi mama; üç ve üzerinde antiepileptik tedavi uygun doz ve süre kullanılmış olmasına rağmen cevap alınamayan dirençli epilepsi hastalarında, bu durumun belirtildiği çocuk nöroloji (Değişik:RG-28/12/2018-30639/ 43-c md.Yürürlük:08/01/2019) veya ~~metabolizma hastalıkları~~ uzman hekimleri tarafından veya E74.0 da tanımlanan hastalıklardan kalp ve/veya kas tutulumu olanlarda veya E74.4 de tanımlanan hastalıklardan privuat dehidrogenaz eksikliği olanlarda veya E74.9 da tanımlanan hastalıklardan sadece GLUT 1 eksikliği olan hastalarda çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekimleri tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden yine bu hekimlerce veya çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Raporda doz, hastanın kalori/kg hesabına göre düzenlenir.
(Ek: RG-05/08/2015-29436 /40-c md. Yürürlük: 13/08/2015)
62. Montelukast; antihistaminiklere dirençli kronik idiyopatik ürtikerin kombine tedavisinde, alerji ve/veya immünoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları veya dermatoloji uzman hekimlerince raporsuz, bu hekimlerce düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçetelenir.
(Ek: RG-05/08/2015-29436 /40-c md. Yürürlük: 13/08/2015)
(Değişik:RG-18/06/2016-29746/32-bmd.Yürürlük:25/06/2016)
63. Sodyum Oksibat; Polisomnografi ve MSLT (çoklu uyku latens testi) testlerinin her ikisi ile de tanı alan 18 yaş üzerindeki obstruktif uyku apnesi olmadığı polisomnografi ile gösterilmiş katapleksili (Mülga: RG-09/09/2017-30175/ 48-b md. Yürürlük:23/09/2017) ve ~~katapleksisiz~~ narkolepsi hastalarının tedavisinde; modafinil veya metil fenidat kullanılan ve yanıt alınamayan hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde, en az bir nöroloji uzman hekiminin yer aldığı 6 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile yine bu hastanelerde nöroloji uzman hekimlerince reçetelenebilir.
(Ek: RG-05/08/2015-29436 /40-c md. Yürürlük: 13/08/2015)
64. Pasireotid; Cerrahi müdahalenin bir tedavi seçeneği olmadığı ya da başarısız olduğu Cushing hastalığı olan erişkin hastalarda tedaviye 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak başlanır. Bu raporun süresi sonunda yapılan değerlendirmede üriner serbest kortizol [UFC] düzeylerinde klinik açıdan anlamlı azalma olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Sağlık kurulu raporları bu durumların belirtildiği, en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer alacağı şekilde düzenlenir ve bu rapora dayanılarak endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimlerince reçetelenir.
(Ek: RG-07/10/2016-29850 /53-e md. Yürürlük: 15/10/2016)
65. Potasyum İyodur tablet; uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.
66. Nitisinon; Tirozin ve fenilalanin kısıtlaması olan diyet ile birlikte, Tip 1 herediter tirozinemi (HT-1) tanısı doğrulanmış hastaların tedavisinde; bu durumun belirtildiği en az biri çocuk metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.
67. Adrenalin oto enjektör formları: İmmünoloji ve alerji (Ek: RG- 04/09/2019-30878/ 64-d md. Yürürlük: 12/09/2019), çocuk sağlığı ve hastalıkları veya dermatoloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.
(Ek: RG-18/02/2017- 29983/ 20 md. Yürürlük: 01/03/2017)
68. Budezonit: Otoimmün hepatit endikasyonunda gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçetelenir.
(Ek:RG- 04/02/2018- 30322/ 34-a md. Yürürlük: 15/02/2018)
69. Pentosan polisülfat sodyum; interstisyel sistite bağlı ağrılı mesane ve kronik ağrılı işeme semptomları bulunan, sistoskopik olarak mesanede glomerülasyon bulgusunun gösterildiği ve idrar kültürü negatif olan hastalarda; bu durumların belirtildiği üroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen 3 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra üroloji uzman hekimi tarafından tedaviye yanıt alındığının ve tedaviyi kesmeyi gerektirecek yan etkilerin ortaya çıkmadığının raporda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Tedaviye yanıt alınamayan hastalarda 6. ayın sonunda tedavi kesilir. Tedaviden fayda gören hastalarda bu durumun belirtildiği üroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporlarıyla ve üroloji uzman hekimlerince reçete düzenlenmek suretiyle tedaviye devam edilebilir.
(Değişik: RG-21/03/2018-30367/39-d md. Yürürlük: 01/04/2018)
(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/ 34-b md. Yürürlük: 15/02/2018)

- ~~70. Metacarnitine; ayaktan tedavilerde 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularında nefroloji (sertifikalı dahiliye uzmanları), endokrinoloji, nöroloji, kardiyoloji veya çocuk metabolizma uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden reçetelendirilmesi uygundur.~~
70. Levocarnitin; ayaktan tedavilerde yalnızca 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularında nefroloji, endokrinoloji, nöroloji, kardiyoloji, çocuk metabolizma veya hemodiyaliz sertifikalı iç hastalıkları uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
(Ek: RG-21/03/2018-30367/ 39-e md. Yürürlük: 01/04/2018)
71. Sapropterin dihidroklorür; BH4 yanıtılık testinde başlangıç fenilalanin düzeyine göre en az %30 düşme tespit edilen fenilketonüri hastaların veya tetrahidrobiopterin (BH4) metabolizması bozukluğu tanısı enzim düzeyi ölçülmek suretiyle ya da genetik olarak konmuş hastaların tedavisinde çocuk metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, çocuk metabolizma hastalıkları uzman hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.
(Ek: RG- 10/05/2018- 30417/ 30-b md. Yürürlük: 18/05/2018)
72. Armodafinil yalnızca;
(Değişik: RG-16/06/2020-31157/26-c md. Yürürlük: 24/06/2020)
- a) ~~Uyku laboratuvarında çoklu uyku latens testi incelemesi yapılarak narkolepsi tanısı almış ve en az 3 ay süreyle modafinile yeterli cevap alınmayan yetişkin hastalarda tedaviye başlanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.~~
- a) Narkolepsi tanısı almış yetişkin hastalarda tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
- b) Uyku laboratuvarında incelemesi yapılarak obstrüktif uyku apnesi tanısı almış ve en az 3 ay süreyle pozitif basınçlı havayolu tedavisi (PAP) almasına rağmen (haftanın en az 5 gecesi ve gecede 4 saat ve üzeri efektif olarak) gündüz aşırı uykululuk hali devam eden yetişkin hastalarda tedaviye başlanması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.
- c) Bu durumların belirtildiği göğüs hastalıkları, nöroloji veya psikiyatri uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden **(Değişik: RG-16/06/2020-31157/26-c md. Yürürlük: 24/06/2020)** ~~tüm uzman hekimlere~~ tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Tedaviye ara verilmesi halinde başlangıç kriterleri aranmaz.
(Ek: RG-16/06/2020-31157/ 26-c md. Yürürlük: 24/06/2020)
- 72.1. Modafinil yalnızca;
- a) Narkolepsi tanısı almış hastalarda tedaviye başlanması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
- b) Bu durumların belirtildiği göğüs hastalıkları, nöroloji veya psikiyatri uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Tedaviye ara verilmesi halinde başlangıç kriterleri aranmaz.
(Ek: RG- 28/12/2018-30639/ 43-ç md. Yürürlük: 08/01/2019)
73. Apiksaban; elektif kalça replasmanı operasyonu geçirmiş yetişkin hastalarda venöz tromboembolik olayların önlenmesinde, bu durumun belirtildiği ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora dayanılarak en fazla 1 kutu kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
74. İnsan Alfa-1-Proteinaz inhibitörü; Konjenital alfa-1-proteinaz inhibitörünün ciddi eksikliği olan, genetik etkik ile homozigot PiZZ alleli olduğu gösterilen ve solunum fonksiyon testi sonucu FEV1 değeri %30'un üzerinde olan hastalara üç göğüs hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden göğüs hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
75. İkatibant yalnızca; 2 yaş ve üzerindeki hastaların C1 esteraz inhibitörü eksikliği veya C1 esteraz inhibitörü düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşüklüğü ile birlikte seyreden herediter anjiyoödem (HAÖ) akut ataklarının tedavisinde, üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenecek en az bir immünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzmanının yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporunda; C1 esteraz inhibitörü düzeyi/fonksiyonu değer olarak belirtilir.
(Ek: RG- 04/09/2019-30878/ 64-e md. Yürürlük: 12/09/2019)
76. Tazaroten yalnızca; plak psöriazis tedavisinde dermatoloji uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna istinaden dermatoloji hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Akne vulgaris tedavisinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
77. Fludrokortizon; primer adrenokortikal yetmezlikte (Addison hastalığı) veya tuz kaybettiren adrenogenital sendromda glukokortikoid ile kombine olarak kullanılması halinde endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Primer (çoklu sistem dejenerasyonu, parkinson hastalığı vb.) veya sekonder (diyabetik nefropati, amiloidoz, alkol kötüye kullanımı vb.) otonom nöropatide ortostatik hipotansiyonun kısa dönemli tedavisinde endokrinoloji uzman hekimlerince düzenlenen en fazla 2 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden endokrinoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
78. İntratekal baklofen; oral baklofen veya diğer oral antispastik ajanların etkili oral dozları uygulandığında yanıt vermeyen ve/veya etkili oral dozlarda kabul edilemez yan etkiler yaşayan spinal veya serebral orijinli şiddetli kronik spastisite olan 4 yaş üzeri hastalarda, üçüncü basamak sağlık kurumlarında, beyin cerrahi, nöroloji ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinin en az üçünün yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden beyin cerrahi, nöroloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

79. Idursulfase; (SUT'un 4.2.10.C numaralı maddesinde yer alan esaslara göre)
(Ek: RG-16/06/2020-31157/ 26-ç md. Yürürlük: 24/06/2020)
80. Karglumik asit; N-asetilglutamat sentaz primer yetmezliğine bağlı hiperamonyemi tedavisinde çocuk metabolizma veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekimleri tarafından düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak çocuk metabolizma veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
(Ek: RG-30/12/2020-31350/ 19-b md. Yürürlük: 08/01/2021)
81. Monobenzen yalnızca; yaygın (vücut yüzey alanının yüzde 50'sinden daha fazlası), repigmentasyon tedavilerine dirençli vitiligo hastalarında, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda bu durumun belirtildiği ve dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. 3'üncü ayın sonunda yanıt değerlendirmesi yapılarak tedaviden yanıt alınmaması halinde tedavi sonlandırılır. Tedavinin devamı gereken hallerde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir dermatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3'er ay süreli sağlık kurulu raporu düzenlenecek olup maksimum tedavi süresi 12 ay ve bu süre boyunca en fazla kullanılacak ilaç kutu adedi 4'tür. Çillenme, fotosensitizasyonun neden olduğu hiperpigmentasyon (berlock dermatiti), gebelik melazması (kloazma) veya derinin postinflamatuar hiperpigmentasyonu vb. hiperpigmentasyon tedavilerinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.
82. Benzidamin hidroklorür içeren vajinal çözelti yalnızca; radyoterapi tedavisi ile gelişen vajinal radyomukozit tedavisinde, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimleri tarafından düzenlenen, bu durumun belirtildiği sağlık raporuna istinaden kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince en fazla 1 aylık dozda reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
83. İnsan C proteini konsantresi; en az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli ve hastanın tanısı, protein C düzeyi, hastanın vücut ağırlığı ve ilacın kullanım dozunun belirtildiği sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince aşağıda tanımlanan durumlarda;
- a) Ağır konjenital protein C eksikliği bulunan hastalarda ortaya çıkan purpura fulminans ve kumarine bağlı deri nekrozunun tedavisinde veya
- b) Ağır konjenital protein C eksikliği olan hastalardan; yakın zamanda invaziv tedavi ya da cerrahi girişim uygulanacak olanlara, kumarin tedavisi başlanacak olanlara, tek başına kumarin tedavisinin yetersiz kaldığı durumda veya kumarin tedavisinin kontrendike olduğu durumlarda kısa süreli profilaksi amaçlı bir reçetede en fazla 7 günlük dozda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

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.