**EK-4/F**

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

**1.** İmmünsupresifler (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 HCI, 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, Setroreliks) (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) (Lenograstim, günde 4 Flakona kadar kullanımı ancak "periferik kan progenitör hücrelerinin mobilizasyonu" endikasyonunda )
**15.** Kontraseptifler (Prospektüsünde yer alan kontrasepsiyon dışındaki tedavi endikasyonlarında ödenir.)
**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 uzmanlarınca 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 uzmanlarınca 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/m$^2$ 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 siklofosfamid kombinasyon kemoterapisinin başlangıç ve tekrar kürleri ile ilişkili bulantı veya kusmanın önlenmesinde, bu durumların belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak ödenir.)
**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 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.)

**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 radyoterapide)

**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; 3. basamak sağlık tesislerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik sonuçlarının belirtildiği; kardiyoloji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, pediyatrik 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)

**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 parenteral formları (Psikiyatri uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak yalnızca psikiyatri uzman hekimlerince)

**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; 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)'ın tedavisinde uzman hekimlerce raporsuz, uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.

**46.** Hidromorfon hidroklorür

**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)

**48.** Pilokarpin 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 prenial 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 prenial 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.

b) Kronik İdiyopatik Ürtiker hastalarından daha önce en az 6 ay süreyle antihistaminik tedavisi almış ancak yanıt alınamamış olan hastalarda, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde dermatoloji ve/veya alerji ve/veya immunoloji 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. 6. aydan sonra nüks 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 immunoloji uzman hekimlerince 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 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 adelosanlarda, 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.** Anjiotensin 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)** Anjiotensin reseptör blokerlerinin diğer antihipertansifler ile kombinasyonlarının kulllanılmında; hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamadığının 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 2 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 jinekomasti gelişen veya spironolaktonu tolere edemeyen akut MI sonrası klinik kalp yetmezliği olan sol ventrikül disfonksiyonlu (Atım volümü(LVEF)≤%40) hastaların tedavisinde kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelenebilir. Hipertansiyon tedavisinde ödenmez.)~~

~~**(Ek: RG-30/08/2014-29104/ 32-ç md. Yürürlük: 06/09/2014)**~~

Yalnızca spironolakton tedavisi altındayken jinekomasti 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 disfonksiyonu (LVEF ≤ %30) olan yetişkin hastaların tedavisinde,

kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelenebilir.

**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 Ensefalomiyelopati) 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 veya metabolizma hastalıkları 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 immunoloji, 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 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 Iyodur 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: İmmunoloji ve alerji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.

**(EK: RG-18/02/2017- 29983/ 20 md. Yürürlük: 01/03/2017 )**

**68.** Budezonit: Otoimmun hepatit endikasyonunda gastroenteroloji veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçetelenir.

**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.