

25 AĞUSTOS 2022 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİ İLE İLGİLİ DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

Saygıdeğer Meslektaşlarımız;

25 Ağustos 2022 tarihli SUT değişikliği, kurum duyurusu da dikkate alınarak en sık karşılaştığımız ve soru işaretlerine neden olabilecek hususlar açısından komisyonumuzca değerlendirilmiştir.

Faydalı olmasını ümit ediyor, iyi çalışmalar diliyoruz.

- 1) SUT'a Kurumla sözleşmesi devam eden Vakıf Yüksek Öğretim Kurumları ile işbirliği protokolü bulunan özel hastaneler statüsü eklenmiştir. Bölgemizde bu şekilde bir hastane bulunmamakla birlikte, SGK ile sözleşmesi olan bazı Vakıf Üniversiteleri fakültelerindeki öğrencilerin eğitimi ya da bilimsel çalışma neden ile başka özel hastanelerle işbirliği yapabilmektedir. Bu tesislerin tanımı yapılmıştır.
- 2) Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel kuruluşlarca düzenlenen reçete bedellerinin **ödenmeyeceği** net olarak ifade edilmiştir.
- 3) Manuel (kâğıt) olarak düzenlenen Yatan Hasta reçetelerinde Gününbirlik Hasta / Yatan Hasta ibaresi gerekliliği devam etmiştir. Elektronik reçeteler otomatik olarak tanımlandığı için hekim tarafından ayrıca Yatan Hasta açıklaması yazılmasına gerek yoktur. Ancak e-reçetelerde reçete türü mutlaka "Yatan Hasta" olarak seçilmeli ve elektronik Başhekim Onayı yapılmalıdır.

4) **Süre belirtilmeyen** Endikasyon dışı izinler artık SGK tarafından en çok 1 yıl olarak kabul edilecektir. Bu izinlere istinaden bir ya da birden fazla rapor çıkmışsa, bu raporların süresi de tabi olarak 1 yılı geçemeyecektir. Örnek vermek gerekirse bir hastaya, süre belirtilmeden “A etken maddeli ilaç progresyona kadar kullanılacaktır” şeklinde izin verilmişse her halukârda bu iznin süresi 1 yıl olacaktır. Hastada progresyon gelişmemişse dahi 1 yılın sonunda hekimin yeniden başvurması gereklidir. Bu izinlerin Medula tarafından süre kontrolü şimdilik teknik olarak mümkün değildir, bu nedenle eczacılarımızca kontrol edilmesi gerekmektedir. **Süre belirtilmemiş “Endikasyon Dışı İzinler” için kurum duyurusuna göre geçerlilik süresi 31.12.2022’dir.**

5) Endikasyon dışı izinlere istinaden çıkarılan rapor ve yazılan reçetelerin kim tarafından düzenleneceği net olarak ifade edilmiştir. Endikasyon dışı izni alan hekim hangi branşta ise, raporu ve reçeteyi düzenleyen hekim de o branştan olmalıdır. Hekim adı farklı olabilir, burada önemli olan aynı branş olmasıdır. Burada Hematoloji, Onkoloji, Romatoloji gibi yan dallarda bu hususa daha çok dikkat edilmelidir.

6) Yeni düzenlemede “Ancak, ilacın ödeme kapsamına alındığı tarihte ülkemizde onaylanmış endikasyonunda tanımlı olmasına rağmen SUT’ta koşulu olmayan endikasyonlarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.” İfadesi bulunmaktadır. Bir örnek vermek gerekirse ALDARA krem isimli ürün ruhsatına istinaden cilt kanseri ve genital siğil tedavisinde endikedir. Ancak SUT’a göre sadece cilt kanserinde ödenir. Bu nedenle HPV ya da Genital Siğil tanısı nedeni ile endikasyon dışı izni alınsa bile ödenmeyecektir.

7) EK 4/A’da ya da SUT’ta yer alan bir ilaç yeni bir endikasyon aldığında, ve bu eklenen endikasyonda geri ödeme ancak SUT’a eklendiğinde mümkün olacaktır. Örneğin A ilacı için EK

4/A'da Hipertansiyon ve Koroner Arter Hastalığında ödeneceğine dair bir hüküm vardır. Bu ilaç Sağlık Bakanlığından yeni (ek) "Kalp Yetmezliđi" endikasyonu izni alsa dahi, ilacın firması SGK'ya başvurarak bu tanı SUT'ta tanımlanmadığı müddetçe hasta "Kalp Yetmezliđi" raporu ya da ICD-10 kodu ile Endikasyon Dışı İzni alsa dahi ilacın bedeli ödenmeyecektir.

- 8) Bir ilacın Kısa Ürün Bilgilerinde yer alan ancak geri ödemedede olmayan endikasyonlarında düzenlenen hiç bir reçete bedeli kesinlikle ödenmeyecektir. Ödenir endikasyon sınırı sadece KÜB ile değil, SUT ile de sınırlandırılmıştır. Buna yine 6. şıkta bahsettiğimiz örneği verebiliriz. Bu değişiklikten KÜB'de yer almayan hiç bir endikasyonda ilaç ödenmez sonucu çıkarılmamalıdır. Burada esas olan geri ödeme komisyonunca ilacın ödenmesi için endikasyon kısıtlaması yapıp yapılmadığıdır. Bununla birlikte raporlu ilaçlarda (gerek muaf, gerek muaf olmayan) endikasyon uyumu aranmaya devam edecektir.
- 9) İlk defa reçete edilen raporlu ilaçlar 1 aylık dozda ödeniyordu. Bu kural devam edecek. Ancak artık sadece etken madde değil, farmasötik form da dikkate alınacaktır. Örneğin A etken maddesini içeren bir ilacın inhalasyon (sprey) formunu kullanan bir hastaya nebul (flakon) formu ilk kez reçete edildiğinde raporlu olarak sadece 1 aylık doz ödenecektir.
- 10) Antifungallerde genel olarak uygulanan 2 kutu ve 6 ay sınırlaması her bir etken madde için ayrı ayrı uygulanacaktır. Ayrıca ilgili endikasyonlarında 6 aydan uzun süre kullanım söz konusu olduğunda artık sadece Dermatologlar değil, Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanları da (branşla uyumlu tanılarda) reçete ve rapor düzenleyebilecektir.

11) İş Kazası, Meslek Hastalığı, Adli Vaka ve Trafik Kazası durumlarına istinaden artık **sadece E-Reçete** bedelleri ödenecektir. Manuel (Kâğıt) reçeteler kesinlikle ödenmeyecektir.

12) Trisiklik, tetrasiklik ve SSRI grubu antidepresanların tüm hekimlerce 6 aya kadar reçete edilebileceği net olarak SUT'ta yer almıştır.

13) Düşük molekül ağırlıklı heparinler (oksapar, hibor vb) için **ilk raporlar artık sadece 3 ay** olabilecektir. 3 ayın sonunda tedaviye devam edilcekse 1 yıla kadar yeni rapor düzenlenmesi gerekecektir. Gebelerde bu tedavinin süresi 3+gebeliğin bitişine kalan süre (başlangıç ve idame), toplamda 9 aydır. Kurum duyurusuna göre raporlarda mutlaka **gebeliğin kaçınıcı hafta ya da ayında olduğu belirtilmelidir** ve gebelik süresi dikkate alınmalıdır. Bu süre kesinlikle aşılmamalıdır. Ayrıca gebelerde raporlu kullanımda endikasyon uyumu aranmaya devam edecektir.

14) Enteral Beslenme Ürünleri (mamalar-oral beslenme ürünleri) ile ilgili çok ciddi değişiklikler yapılmıştır. Çocuklarda Malnutrisyon tanımı iki başlığa ayrılmıştır.

A)2 yaş altı bebekler için yaşa göre ağırlık (-2SD altında olmalıdır)

B)2 yaş ve üstü çocuklar için vücut kitle indeksi (VKİ -2SD altında olmalıdır)

Bu değerler raporda mutlaka yer almalıdır. Ayrıca bu raporlar düzenlenirken "Rapor İlave Değer Bilgileri" eksiksiz girilmelidir. Medulada bununla ilgili düzenleme yapılmış olup, bu değerler girilirken özellikle enerji ihtiyacı ekrandaki parametrelere göre kilokalori (kcal) cinsinden girilmelidir. (Bazı hastane otomasyon sistemlerinde bu verinin kalori olarak girildiği öğrenilmiştir. Gerekli düzenleme yapılanaya kadar raporu

düzenleyen birimlere bu değerlerin girilmesi gerektiği iletilebilir. 1Kcal=1000 cal) Bununla birlikte ilk raporlar Çocuk Hastalıkları Uzmanları ve yan dal uzmanları tarafından 6 ay süreye kadar çıkarılabilir. Ancak 6 aydan sonra malnutrisyon devam ediyorsa ve ürün kullanılmaya devam edilecekse bu devam raporunu Çocuk Hastalıkları uzmanları çıkaramayacaktır. Yalnızca Çocuk Gastroeneteroloji, Çocuk Nöroloji, Çocuk Metabolizma veya Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma uzmanları idame rapor düzenleyebilecektir. Bu branşlardaki randevu yoğunluğu dikkate alınarak hastalarımızın ve ailelerinin zamanında hekime başvurabilmeleri için meslekî sorumlulukla hareket edilerek, gerekli yönlendirmelerin yapılmasını tavsiye ediyoruz.

15) Enteral Beslenme Ürünleri (Oral Beslenme Solüsyonları) Yatan hastalarda, doğuştan metabolik hastalığı olanlarda, kanser hastalarında, kistik fibroziste, Crohn hastalarında, yanık hastalarında veya orogastrik sonda, nazogastrik sonda, nazoenterik sonda veya gastrostomi/jejunostomi ile beslenen hastalarda malnutrisyon koşulu aranmaksızın uzman hekimlerce 6 ay süreli raporlarla kullanılmaya devam edecektir. Yatan hastalara raporsuz 5 günlük doz verilebilir.

16) Raporlarda artık “**Beslenme ürünün adı, Günlük Kalori ihtiyacı, hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık SD veya VKİ değerleri ile bu değerlere göre ayarlanmış günlük kullanım miktarı**” açıkça belirtilecektir.

17) Yetişkin hastalarda malnutrisyon tanımı yeniden düzenlenmiştir.

A) Kilo kaybı artık iki farklı şekilde değerlendirilecektir. **Son 6 ayda %5’ ten fazla istemsiz veya 6 aydan daha uzun sürede %10’ dan fazla istemsiz** kilo kaybı raporda belirtilmelidir.

B) Malnutrisyona elik eden hastalık ya da travma varlığı belirtilmelidir.

- C) Besin alımında azalma (Şu 3 ibareden en az birisi raporda olmalıdır: 1 hafta süre ile enerji ihtiyacının %50'sinden az alım veya 2 hafta süre ile besin alımında herhangi bir azalma veya besin sindirim/emilimini bozan gastrointestinal sistem hastalığı)
- D) Yatan hastalarda ya da sonda ya da torba (stomi) kullanan hastalarda malnutrisyon koşulu aranmayacaktır.

Malnutrisyona dayalı raporların süresi 3 ayı geçemez. Ayrıca bu durumlarda hastalara artık **günlük en çok 1200 kcal** (kilokalori) mama ödenecektir.

“Yatan Hastalar, kanser hastaları veya tüple beslenen hastalarda (orogastrik/nazogastrik sonda/nazoenterik sonda veya gastrostomi/jejunostomi/gastrojejunostomi) Malnutrisyon koşulları aranmayacaktır. Bu hastalarda rapor süresi en çok 6 aydır. Bu raporlarda **“Beslenme Ürünün Adı, Günlük Kalori İhtiyacı ve buna göre belirlenen günlük doz, hastanın vücut ağırlığı, boyu ve varsa eşlik eden hastalığın ICD-10 kodu”** açıkça belirtilecektir.

18) Oral beslenme solüsyonlarında “Yatan Hastalar Hariç Olmak üzere (5 gün), her bir reçetede en çok 30 günlük ilaç yazılabilecektir.

19) Cinacalcet içeren ilaçlarda (Viscap ve eşdeğerleri) 3. Basamak (üniversite ya da eğitim hastanesi) zorunluluğu kaldırılmış olup, 2. Basamak devlet ve özel hastanelerde de eskiden kabul edilen branşlarla (endokrinoloji, genel cerrahi, anestezi) rapor çıkarılabilecektir. SUT kuralları devam etmektedir.

20) **Bu değişikliğin yayımlanması tarihinden önce çıkarılmış olan raporlar süresi sonuna kadar geçerlidir.**

21) Kurumca iade edilmiş reçete/rapor düzeltmelerinde, bu düzeltmeler düzeltme değil; düzeltmeye esas reçete tarihinden itibaren geçerlidir.

22) Spesifik İmmunglobulinlerin karaciğer nakli sonrası ödenme koşullarına ekleme yapılmıştır. Nakilden 14 gün sonra HBsAg negatif ve AntiHBs düzeyi>100 IU/l ise aylık 2.000 IU SC (Subkütan) HBlg idame tedavisi uygulamasına geçilebilir. Bu sürenin de sonunda Anti HBs düzeyinden bağımsız olarak aylık 2.000 IU SC HBlg idame tedavisi uygulamasına geçilir. Bu ibarelerin raporda açıkça belirtilmesi gerekmektedir.

23) Trastuzumab etken maddeli (Herceptin ve eşdeğerleri) ilaçların erken evre meme kanseri endikasyonunda , reçetede Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formunun düzenlendiğinin belirtilmesi zorunluluğu kaldırılmıştır. Diğer şartlar aranmaya devam edecektir.

24) Fulvestrant etken maddesi içeren ilaçlarda (Faslodex ve eşdeğerleri) raporlardaki 1 yıl kısıtlaması kaldırılmıştır.

25) Lenalidomid etken maddesi içeren ilaçlarda (Revlimid, Rivelime ve eşdeğerleri) her 6. Kür sonunda kısmi yanıtın ardından konulan 26 kürlük sınırlama kaldırılmıştır. İdame tedavi olarak progresyona kadar veya tolere edilemez bir yan etki gelişinceye kadar tedaviye devam edilebilir hükmü eklenmiştir. Dolayısı ile her 6 kür sonunda tedaviye devam için çıkarılacak raporda “**progresyon olmadığı veya tolere edilemeyecek bir yan etki oluşmadığı**” mutlaka belirtilmelidir.

26) Enzalutamid etken maddesi (Xtandi) için iki yeni ödeme koşulu daha eklenmiştir. Buna göre;

A) Bazal PSA değeri 2ng/ml üzerinde olan ve PSA ikiye katlanma zamanı 6 aydan daha kısa olan, testosteron düzeyi kastrasyon seviyesinde olan (>50 ng/dl), daha önce

sitotoksik kemoterapi almamış olan ve ECOG performans skoru 0-1 olan metastatik olmayan kastrasyon dirençli prostat kanserli hastalarda progresyona kadar ödenecektir.

B) Visseral metastazı olmayan metastatik hormona duyarlı prostat kanserli (mHDPK) yetişkin erkeklerde androjen düşürme tedavisiyle birlikte progresyona kadar kullanılması halinde ödenecektir.

C)

27) Lorlatinib etken maddesi (Lorviqua) ödeme koşulları 1. bendine yapılan ekleme ile "monoterapi olarak daha önce bir ALK (anaplastiklenfomakinaz) inhibitörü ile tedavi edilmemiş olma seçeneği de eklenmiştir.

28) Prasugrel (Effient) raporlu ödeme koşulunda "Hastaneye Yatırılma zorunluluğu kaldırılmış olup;

A) 75 yaşın altında ve 60 kg ağırlığın üstündeki serebrovasküler olay öyküsü olmayan AKSlu hastalarda
- NSTEMİ ya da
- STEMI tanısı ile ve ayrıca

B) Klopidoğral tedavisi altında iken stent trombozu gelişen AKSlu hastalarda **bu durumlar reçetede belirtildiği takdirde** Kardiyoloji ya da Kalp Damar Hastalıkları Uzmanları tarafından 4 haftalık doza yetecek ilaç reçetelendirildiğinde raporsuz olarak ödenecektir.

29) Tikagrelor (Brilinta ve eşdeğerleri) içeren ilaçlarda raporlu ödeme koşulundan acil sevisе müracaat ve hastaneye yatırılmış olma zorunluluğu kaldırılmış olup;

Rapor koşullarının tamamı gerçekleşen ve bu durumun reçetede belirtildiği hastalarda Kardiyoloji ya da Kalp Damar Hastalıkları Uzmanları tarafından 4 haftalık doza yetecek ilaç reçetelendirildiğinde raporsuz olarak ödenecektir.

30) Glikojen depo hastalığının diyet yönetiminde kullanılan yüksek amilopektin içeren nişastalı ürünlerin SUT başlığı

değiştirilmiştir (Glycosade); 2 yaş üzerindeki hastalarda, bu durumun belirtildiği en az bir çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerince reçete dileyebilecektir. Raporda ürünün adı, günlük kullanım miktarı açıkça belirtilecek ve ayda en fazla 4 kutu ödenecektir. (Daha önce aylık 2 kutu idi)

30) Pregabalin (Lyrica ve eşdeğerleri) ve gabapentin (Neurontin ve eşdeğerleri) artık bir arada (aynı reçetede veya hastanın elinde bir diğeri varken) ödenmeyecektir. Burada bir hususu da hatırlatmak istiyoruz. Pregabalin ve Gabapentin içeren ilaçların reçetelendirme koşullarında SUT'ta halâ 3. Basamak kısıtı bulunmaktadır. Ancak 2. basamakta da yazılabilmesi ile ilgili olarak Danıştayda dava devam etmekte olup, yürütmeyi durdurma alındığından 2. Basamakta da ödenmekte olup, davanın kesin sonucu henüz kuruma iletilmediği için SUT'ta halâ bu madde yer almaktadır. (3. Basamak kısıtlaması) Ancak 2. Basamak devlet hastanelerinde de SUT kurallarına uygun olarak rapor ve reçete işlemleri devam edecektir.

31) Faktör reçetelerinde inhibitör düzeyi mutlaka belirtilmelidir. (Pozitif/Negatif veya Bedhesta BÜ/ml olarak)

32) Deksametazon intravitreal implant (OZURDEX) etkin maddeli ilacın uygulanmaksından sonra anti-VEGF tedavisine (Eylea - Lucentis) karar verirse en az 3 ay sonra bevacizumab (altuzan vb - hastane ortamında uygulanmaktadır) ile tedaviye başlanır. Hastalarda ranibizumab (Lucentis) veya aflibersept (Eylea) etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavileri SUT 4.2.33'e göre yapılacaktır.

33) Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçlarda Bevacizumab (Altuzan vb) yanıtsızlık/cevapsızlık sonrası hastalarda ranibizumab (Lucentis) veya aflibersept (Eylea) etkin maddeli ilaçların kullanılabilmesi için

uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsü eklenerek dökümanite edilmesi zorunlu hale gelmiştir. **OCT tarih ve sayısı ile sonucu mutlaka raporda belirtilmeli;** OCT dökümanları hastanede bir dosyada muhafaza edilmelidir.

34) Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında Bevacizumab (Altuzan vb) yanıtızsızlık/cevapsızlık sonrası hastalarda deksametazon intravitreal implantın (Ozurdex) kullanılabilmesi için uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsü eklenerek dökümanite edilmesi zorunlu hale gelmiştir. **OCT tarih ve sayısı ile sonucu mutlaka raporda belirtilmeli;** OCT dökümanları hastanede bir dosyada muhafaza edilmelidir.

35) Diyabetik Maküler Ödem kaynaklı görme bozukluğu tedavisinde Bevacizumab (Altuzan vb) yanıtızsızlık/cevapsızlık sonrası hastalarda deksametazon intravitreal implantın (Ozurdex), ranibizumab (Lucentis) veya aflibersept (Eylea) etkin maddeli ilaçların kullanılabilmesi için uygulama tarihinden 4 veya 6 hafta sonra OCT görüntüsü eklenerek dökümanite edilmesi zorunlu hale gelmiştir. **OCT tarih ve sayısı ile sonucu mutlaka raporda belirtilmeli;** OCT dökümanları hastanede bir dosyada muhafaza edilmelidir.

36) OI ve/veya OI/IUI işlemlerinde Hipogonadotropik hipogonadizm tanılı hastalarda toplam uygulama kısıtı kaldırılmıştır. Bunun yerine en az 3, en fazla 6 uygulamada toplam 10.000 IU ilaç (FSH+LH veya HMG) tanımı yapılmıştır. (Bu durum özellikle OI ya da OI/IUI sonrası IVFye geçişte de dikkate alınmalıdır)

37) Gonadotropin içeren ilaçların (Lucrin, Decapeptyl, Meriofert, Ovitrelle, Pregnyl) Hipogonadotropik hipogonadizm tanısında kullanımında tek başına tanı artık kabul edilmeyecektir. Bu hastalarda 6 ay ara ile yapılan değerlendirmelerde toplamda 3 yıl süre FSH ve LH deperleri normal aralığın alt sınırında veya

düşük olan ve total testosteron değeri sayısal olarak düşük olan erkek hastalarda bu durumların belirtildiği ve en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimleri tarafından reçetelendirilecektir.

38) Enteral beslenme ürünleri yetişkinlerde sadece malnutrisyon gelişmesi halinde muafiyet kapsamında olacaktır.

39) Aripiprazol (Abilify ve eşdeğerleri) Çocukluk Otizminde muafiyet kapsamına alınmıştır. (ICD-10 Kodu F84.0)

40) Sefuroksim (Aksef flakon ve eşdeğerleri) uzman hekimlerce sadece 3 günlük dozda yazılabilecektir. Ard arda kullanım ya da 3 günden fazla kullanımda Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı reçetesi ya da onayı gerekmektedir.

41) Seftriakson (İsef ve eşdeğerleri) UH-P kuralı kaldırılmıştır; uzman hekimlerce sadece 3 günlük dozda yazılabilecektir. Ard arda kullanım ya da 3 günden fazla kullanımda Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı reçetesi ya da onayı gerekmektedir.

42) Siprofloksasin (Cipro vb), Levofloksasin (Cravit vb) ve Moxifloksasin (Avelox vb) flakonlara EHU kuralı eklenmiştir.

43) Oseltamivir (Enfluvir ve eşdeğerleri) Yalnızca influenza (grip) ve avianinfluenza (kuş gribi) profilaksisi ve tedavisinde ödenecektir. (Bu tanılar olmaksızın Covid ya da pnömoni tanısında ödenmez)

44) Flutikazon+Umeklidinyum+Vilanterol (Trelegy) Etken maddeli ilaçta Astımda kullanım için sut koşulu değişmiştir. Uzun tekili beta-2 agonist ve orta doz inhale kortikosteroid kombinasyonu ile yeterince kontrol edilemeyen ve önceki yıl bir ya da daha fazla astım alevlenmesi yaşayan erişkin hastaların idame tedavisinde göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, allerji, iç

13. BÖLGE ERZURUM ECZACI ODASI SUT KOMİSYONU

hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilecektir. Bu koşulların yer aldığı rapora istinaden diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

45) İkatibant (ICATIN) için hastanın 1 ay içinde 4 enjektörden fazla kullanımı söz konusu olduğunda reçetenin immunoloji ve allerji uzmanı tarafından yazılması gerekmektedir.

46) Megalotect CP, Entyvi, Tysabri ve Ocrevus isimli ilaçlar artık sadece yatan hastalarda ödenecektir.

47) Hepatit tedavisinde raporlarda hastanın daha önce aldığı tedavilerin, eski tanılarının, daha önceki ilaç başlama ya da kesilme kriterlerinin yeni raporlarda belirtilmesi zorunluluğu kaldırılmıştır.

48) Klopidoğrel (Plavix vb) ile kombine kullanım kısıtı kaldırılmıştır. (Xarelto, Pletal vb)

49) Düşük Molekül ağırlıklı heparin kullanan hastalarda 3 ay ve daha fazla ara verme, tanı değişikliği ya da ilaç değişimi gerçekleştiğinde ilk çıkacak rapor yine başlangıç kabul edilecek ve kesinlikle 3 ayı geçemeyecektir.

1972

Not: Bu bilgilendirme notları 13. Bölge Erzurum Eczacı Odası SUT Komisyonu tarafından yapılan değerlendirmeye istinaden hazırlanmış olup kontrol ya da ödemeye dayanak olarak gösterilmesi hukuken mümkün değildir. Sorumluluk reçeteyi karşılayan eczane sahib ve/veya mes'ul müdüründedir.