צו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), תשנ"ה-1995

בריאות – ביטוח בריאות ממלכתי – סל שירותי בריאות

ביטוח – ביטוח בריאות ממלכתי – סל שירותי בריאות

תוכן ענינים

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | רשימת התרופות | [Go](#med1) | 1 |
| סעיף 1 | הגדרה | [Go](#Seif1) | 2 |
| סעיף 2 | רשימת התרופות | [Go](#Seif2) | 2 |
|  | תוספת ראשונה | [Go](#med0) | 3 |
|  | נספח | [Go](#med2) | 81 |
| סעיף 51 | צו | [Go](#Seif4) | 91 |
| סעיף 6 | צו | [Go](#Seif3) | 94 |
|  | תוספת שניה | [Go](#med3) | 125 |

צו ביטוח בריאות ממלכתי (תרופות בסל שירותי הבריאות), תשנ"ה-1995[[1]](#footnote-1)\*

בתוקף סמכותי לפי סעיף 8(ז)(1) לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, תשנ"ד-1994, אני מצווה לאמור:

1. בצו זה, "המועד הקובע" - י"ח בטבת תשנ"ד (1 בינואר 1994).

הגדרה

2. רשימת התרופות הכלולות בסל שירותי הבריאות היא כמפורט בתוספת הראשונה, ותשלומי החבר בעדן, במועד הקובע, הם כמפורט בתוספת השניה.

רשימת התרופות

תוספת ראשונה

(סעיף 2)

**סימונים וקיצורים**

K - תרופה שאושרה לשימוש כללי בקופת חולים.

D - תרופה מוגבלת לשימוש בבתי-חולים או אשפוז יום.

H - תרופה אשפוזית לפי החלטת משרד הבריאות.

L - תרופה מוגבלת לרישום בידי רופא מומחה או הגבלה אחרת, כמפורט בנספח.

B - תרופה הנרכשת על ידי משרד הבריאות וניתנת במקומות מורשים בלבד (כגון: תחנות טיפול באם ובילד).

הערות: תרופות המסומנות ב-D ניתן להזמין ולספק גם באמצעות מרפאות הקהילה עבור מתקנים לאשפוז יום. תרופות המסומנות ב- Hיימצאו רק בין כותלי בתי החולים וינופקו לחולים אמבולטוריים רק באמצעותם.

Aur. – AURISTILLAE

Cap. – CAPSULE

Cap S.R. – CAPSULE SLOW/SUSTAINED RELEASE

CD.– COMBINATION DRUG

CF – COMMERCIAL FORMULA

Col. – COLLYRIUM (OPTHALMIC SOLUTION) (EYE OINTMENT)

Consp. – CONPERSUS (DUSTING POWDER)

Crm. – CREAM

Dress – DRESSING

ECCap – ENTERIC COATED CAPSULE

ECTab – ENTERIC COATED TABLET

Elix. – ELIXIR

Flo. – FLOWERS

Fol. – FOLIA

g. – GRAM

Gran. – GRANULES

I.M. – INTRAMUSCULAR

Inj. – INJECTION

I.V. – INTRAVENOUS

K.F. – KUPAT HOLIM FORMULA

Lin. – LINIMENT

Liq. – LIQUID

Lot. – LOTION

Loz. – LOZENGE

mcg. – MICROGRAM

mg. – MILLIGRAM

ml. – MILLILITER

Mixt. – MIXTURE

Narist. – NARISTILLAE (NASAL SOLUTION)

Oc. – OCULENTUM

Oint. – OINTMENT

Ol. – OIL

Past. – PASTE

Ped. – PEDIATRIC

Powd. – POWDER

S.C. – SUBCUTAN

Sol. – SOLUTION

Spec. – SPECIES

Sp. – SPIRIT

Sup. – SUPPOSITORY

Susp. – SUSPENSION

Syr. – SYRUP

Tab. – TABLET

Tab S.R. – TABLET SLOW/SUSTAINED RELEASE

Tinct. – TINCTURE

U. – UNITS

Ung. – UNGUENTUM (OINTMENT)

Vagin. Cap. – VAGINAL CAPSULE

Vagin. Tab. – VAGINAL TABLET

רשימת התרופות

צו תשנ"ו-1996

צו (מס' 2)   
תשנ"ו-1996

צו תשנ"ז-1997

צו תשנ"ח-1997

צו תשנ"ט-1999

צו תש"ס-2000

צו תשס"ב-2001

צו תשס"ג-2002

צו תשס"ד-2004

צו תשס"ו-2006

צו תשס"ח-2007

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"א-2011

צו תשע"ג-2012

צו (מס' 2)   
תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

צו תשע"ה-2015

צו תשע"ו-2015

ABACAVIR

Sol. 20 mg/ml L

Tab. 300 mg L

ABACAVIR + LAMIVUDINE CD L

ABACAVIR + LAMIVUDINE + ZIDOVUDINE CD

Tab. CF L

ABATACEPT L

ABCIXIMAB

Inj. 10 mg/5 ml L

Inj. 40 mg/20 ml L

ABIRATERONE L

ACARBOSE

Tab. 50 mg L

Tab. 100 mg L

ACETAZOLAMIDE

Cap. 500 mg K

Tab. 250 mg K

ACETAZOLAMIDE SODIUM

Inj. 500 mg D

ACETYLCHOLINE CHLORIDE

Inj. 20 mg/2ml K

ACETYLCYSTEINE

Gran. 200 mg/sachet 30 K

Sol. 20% 10 ml K

Sol. 20% 2 ml K

Tab. efferv. 200 mg 30 K

ACITRETIN

Cap. 10 mg L

Cap. 25 mg L

ACLIDINIUM L

ACTINOMYCIN D [DACTINOMYCIN]

Inj. 500 mcg D

ACTIVATED CHARCOAL – DIMETHICONE CD

Cap. CF Box of 48 K

ACYCLOVIR

Inj. 250 mg L

Oc. 3% 4.5 g L

Susp. 200 mg/5 ml 125 ml L

Tab. 200 mg L

Tab. 400 mg L

ADALIMUMAB L

ADDAMEL-N CD

Sol. For Inf. CF H

ADEFOVIR L

ADENOSINE

Inj. 3 mg/ml L

ADRENALINE BITARTRATE [EPINEPHRINE BITARTRATE]

Inj. 1 mg/1 ml K

Sol. 0.1% K

ADRENALINE HYDROCHLORIDE [EPINEPHRINE HCl]

Auto-inj. 0.15 mg/0.3 ml L

Auto-inj. 0.3 mg/0.3 ml L

AFATINIB L

AGALSIDASE ALFA

Sol. For Infusion 1 mg/ml L

AGALSIDASE BETA

Powd. For inj. 35 mg L

AGIOLAX CD

Gran. CF 250 g K

AHISTON COMPOUND CD

Drop. CF 20 ml K

AKNE-MYCIN CD

Emuls. CF 25 g K

Sol. CF 25 ml K

ALBUMIN TANNATE

Tab. 500 mg K

ALBUMIN [HUMAN ALBUMIN]

Inj. 20% 50 ml D

Inj. 25% 50 ml D

Inj. 5% 500 ml D

ALCOHOL

Sp. 70% 1 lt K

Sp. 70% 300 ml K

Sp. 70% 50 ml K

ALCOHOL – CHLORHEXIDINE CD

Sp. KF 1000 ml K

Sp. KF 300 ml K

ALDESLEUKIN

Inj. 18,000,000 IU L

ALEFACEPT L

ALEMTUZUMAB L

ALENDRONATE SODIUM

Tab. 5 mg L

Tab. 10 mg L

ALFENTANYL

Inj. 0.5 mg/1 ml 10 ml D

Inj. 0.5 mg/1 ml 2 ml D

ALFUZOSINE HCl

Tab. 2.5 mg L

Tab. S.R. 5 mg L

Tab. 10 mg L

ALGLUCERASE

Inj. 10 U./1 ml 5 ml L

Inj. 80 U./1 ml 5 ml L

ALGLUCOSIDADE ALFA L

ALISKIREN L

ALITRETINOIN L

ALLOPURINOL

Tab. 100 mg K

Tab. 300 mg K

ALLYLESTRENOL

Tab. 5 mg K

ALPHACALCIDOL [ONE ALPHA HYDROXYVITAMIN D3]

Cap. 0.25 mcg K

Cap. 1 mcg K

ALPHARADINE (RADIUM-223 CHLORIDE) L

ALPROSTADIL

Inj. 500 mcg/1 ml D

ALTRETAMINE

Cap. 50 mg L

ALUMINIUM ACETOTARTRATE

Sol. 13% 100 ml K

ALUMINIUM ACETOTARTRATE CD

Past. KF 25 g K

Ung. KF 7.5 g K

ALUMINIUM CHLORHYDRATE

Compress. Gel 10% Sachet K

ALUMINIUM HYDROXIDE

Cap. 475 mg L

Susp. KF 250 ml K

ALUMINIUM HYDROXIDE – MAGNESIUM HYDROXIDE CD

Chew tab. CF K

Susp. CF 200 ml K

Susp. CF 400 ml K

Susp. CF 500 ml K

AMANTADINE HYDROCHLORIDE

Cap. 100 mg K

Tab. 100 mg K

AMANTADINE SULPHATE

Tab. 100 mg K

Sol. For inf. 0.2 g/500 ml L

AMBRISENTAN L

AMETHOCAINE – PHENAZONE CD

Aur. KF 8 ml K

AMETHOCAINE HYDROCHLORIDE [TETRACAINE HCl]

Col. 0.5% 8 ml K

Col. 1% 8 ml K

Col. 2% 8 ml K

Inj. 1% 2 ml K

AMIFAMPRIDINE L

AMIFOSTINE

Inj. 500 mg L

AMIKACIN SULPHATE

Inj. 100 mg/2 ml HL

Inj. 500 mg/2 ml HL

AMINO ACIDS, BRANCHED CHAIN

Powd. CF 30 g/100 g K

AMINOBENZOIC ACID [P.A.B.A.]

Sp. 5% 50 ml K

Ung. 10% 25g K

AMINOGLUTETHIMIDE

Tab. 250 mg K

AMINOPHYLLINE

Elix. 50 mg/5 ml 120 ml K

Inj. 250 mg/10 ml K

AMINOPLASMAL L-10 W/O CARBOHYDRATES CD

Inj. CF 1000 ml D

Inj. CF 500 ml D

AMINOPLASMAL L-10 W/O ELECT./CARBOHYDR. CD

Inj. CF 1000 ml D

Inj. CF 500 ml D

AMINOPLASMAL PEDIATRIC CD

Ink. 5% 250 ml K

AMINOSYN 5% CD

Inj. CF D

AMINOSYN 8.5% CD

Inj. CF D

AMINOSYN 8.5% WITH ELECTROLYTES CD

Inj. CF 500 ml D

AMIODARONE HYDROCHLORIDE

Inj. 150 mg/3 ml D

Tab. 200 mg K

AMISULPIRIDE L

AMITRIPTYLINE HYDROCHLORIDE

Tab. 10 mg K

Tab. 25 mg K

AMLODIPINE

Tab. 5 mg L

Tab. 10 mg L

AMOXYCILLIN

Cap. 250 mg K

Cap. 500 mg K

Syr. 125 mg/5 ml 60 ml K

Syr. 250 mg/5 ml 60 ml K

AMPHOTERICIN B, LIPOSOMAL

Inj. 50 mg L

AMPHOTERICIN [AMPHOTERICIN B]

Inj. 50 mg D

Loz. 10 mg 20 lozenges K

Susp. 100 mg/ml 12 ml K

Tab. 100 mg K

AMPICILLIN SODIUM

Cap. 250 mg K

Cap. 500 mg K

Inj. 1 g D

Inj. 500 mg D

Syr. 250 mg/5 ml 60 ml K

AMPRENAVIR

Oral Sol. 15 mg/ml L

Cap. 50 mg L

Cap. 150 mg L

AMRINONE LACTATE

Inj. 5 mg/1 ml 20 ml D

AMSACRINE

Inj. 75 mg/1.5 ml D

ANAGRELIDE

Cap. 50 mg L

Cap. 1 mg L

ANASTROSOLE

Tab. 1mg L

ANIDULAFUNGIN L

ANTALGETIC LINIMENT CD

Lin. KF 50 ml K

ANTI-D (RHO) IMMUNOGLOBULIN

Inj. 0.3 mg K

ANTI-INHIBITOR COAGULATION COMPLEX

Inj. 500 I.U. L

ANTIHEMOPHILIC FACTOR IX

Inj. Approx. 250 I.U. K

Inj. Approx. 500 I.U. K

ANTIHEMOPHILIC FACTOR IX, RECOMPINANT

Inj. 250 U L

Inj. 500 U L

Inj. 1000 U L

ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII

Inj. Approx. 1000 I.U. K

Inj. Approx. 200 I.U. K

Inj. Approx. 250 I.U. K

Inj. Approx. 500 I.U. K

ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII, RECOMBINANT

Inj. 250U L

Inj. 500 U L

Inj. 1000 U L

ANTIPHYTO CD

Liq. KF 10 ml K

ANTITHYMOCYTE IMMUNOGLOBULIN (HORSE)

Inj. 50 mg/1 ml 5 ml L

ANTITHYMOCYTE IMMUNOGLOBULIN (RABBIT)

Inj. 25 mg 5 ml L

APIXABAN L

APOMORPHINE L

APREMILAST L

APREPITANT L

APROTININ

Inj. 100,000 U./10 ml DL

Inj. 500,000 U./50 ml DL

AQUOSUM CD

Crm. KF 25 g K

ARACHIS OIL

Ot. K

ARIPIPRAZOLE L

ARSENIC TRIOXIDE L

ASCORBIC ACID [VITAMIN C]

Inj. 500 mg/5 ml K

Tab. 50 mg K

Tab. 500 mg K

ASENAPINE L

ASPIRIN [ACETYLSALICYLIC ACID]

Tab. 100 mg K

Tab. 324 mg K

Tab. 500 mg K

ASTEMIZOLE

Syr. 5 mg/5 ml 100 ml K

Tab. 10 mg K

ATAZANAVIR L

ATENOLOL

Tab. 100 mg K

Tab. 50 mg K

ATORVASTATIN

Tab. 10 mg L

Tab. 20 mg L

ATRACURIUM BESYLATE

Inj. 10 mg/1 ml 2.5 ml D

Inj. 10 mg/1 ml 5 ml D

ATROPINE – PAPAVERINE CD

Tab. CF K

ATROPINE SULPHATE

Col. 0.5% 8 ml K

Col. 1% 8 ml K

Col. 2% 8 ml K

Tab. 0.5mg K

AURANOFIN

Tab. 3 mg L

AXITINIB L

AZACITIDINE L

AZATHIOPRINE

Inj. 50 mg D

Tab. 50 mg K

AZITHROMYCIN

Susp. 200 mg/5 ml L

AZLOCILLIN

Inj. 5g DL

AZTREONAM

Inj. 1 g HL

AZTREONAM LYSINE L

BABY PASTE CD

Past. KF 80 g K

BACITRACIN

Ung. 500 U./1 g K

BACLOFEN

Tab. 10 mg K

Tab. 25 mg K

BALNEUM HERMAL CD

Liq. CF 200 ml K

BALNEUM HERMAL F CD

Liq. CF 200 ml K

BALSAVIT CD

Ung. KF 25 g K

BAMYXIN CD

Oc. CF 3.5 g K

BARIUM SULPHATE

Liq. 58% 1900 ml K

Liq. 80% 1900 ml K

Powd. 85% 12 oz K

Powd. 95% 14 oz K

Powd. CF 1 Kg K

BASILIXIMAB

Inj. 20 mg/ml L

BAZEDOXIFENE L

BCG VACCINE

Inj. 75 mg D

BECAPLERMIN

Gel 100 mcg/g L

BECLOMETHASONE DIPROPIONATE

Nas. spray 0.05 mg/inh 200 inh K

Spray 0.05 mg/inh 200 inh K

Spray 0.25 mg/inh 200 inh L

BELIMUMAB L

BENAZERPIL HYDROCHLORIDE

Tab. 10 mg K

Tab. 20 mg K

Tab. 5 mg K

BENDAMUSTINE L

BENZATHINE PENICILLIN

Inj. 1,200,000 U K

BENZHEXOL HYDROCHLORIDE [TRIHEXYPHENIDYL HCl]

Tab. 2 mg K

Tab. 5 mg K

BENZOCAINE

Ung. 5% 25 g K

BENZOCAINE – CETYLPYRIDINIUM CD

Loz. CF 12 lozenges K

BENZOCAINE – CHLORHEXIDINE CD

Loz. CF 12 lozenges K

BENZOCAINE – THYROTHRICIN CD

Loz. CF K

BENZOIC ACID – SALICYLIC ACID CD

Sp. KF 50 ml K

Ung. KF 14 g K

BENZOIC ACID – SALICYLIC ACID FORTE CD

Sp. KF 50 ml K

BENZOYL PEROXIDE

Gel. 10% 40 g K

Gel. 5% 50 g K

Lot. 10% 1 oz K

Lot. 5% 1 oz K

BENZTROPINE MESYLATE

Tab. 2 mg K

BENZYL BENZOATE

Emuls. 12.5% 100 ml K

Emuls. 25% 100 ml K

BENZYLPENICILLIN POTASSIUM

Inj. 10,000,000 U K

BENZYLPENICILLIN SODIUM

Inj. 1,000,000 U K

Inj. 10,000,000 U K

BETAINE

Powd. 180 g L

BETAMETHASONE

Tab. 0.5 mg K

BETAMETHASONE – GENTAMICIN CD

Crm. CF 15 g K

Ung. CF 15 g K

BETAMETHASONE – SALICYLIC ACID CD

Lot. CF 30 ml K

Ung. CF 15 g K

BETAMETHASONE DIPROPIONATE

Crm. 0.05% 10 g K

Lot. 0.05% 20 ml K

Ung. 0.05% 10 g K

BETAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE

Enema 5 mg/100 ml K

Inj. 4 mg/1 ml K

BETAMETHASONE VALERATE

Crm. 0.025% 15 g K

Crm. 0.1% 15g K

Susp. 0.1% 30 ml K

Ung. 0.1% 15g K

BETAXOLOL HYDROCHLORIDE

Col. 0.5% 5 ml K

Col. 0.25% L

BETHANECHOL CHLORIDE

Tab. 10 mg K

Tab. 25 mg K

BETRIVIT CD

Inj. CF 3 ml K

Tab. CF K

BEVACIZUMAB L

BEZAFIBRATE

Tab. 200 mg K

Tab. S.R. 400 mg K

BICALUTAMIDE

Tab. 50 mg L

Tab. 150 mg L

BIFONAZOLE

Crm. 1% 15g K

Gel. 1% 100 ml K

Gel. 1% 15 g K

Sol. 1% 15 ml K

BIMATOPROST L

BIMATOPROST + TIMOLOL CD L

BIPERIDEN HYDROCHLORIDE

Inj. 5 mg/1 ml K

Tab. 2 mg K

BISACODYL

Supp. 10 mg K

Tab. 5 mg K

BISMUTH SUBSALICYLATE

Liq. 262 mg/15 ml 4 oz K

BLEOMYCIN SULPHATE

Inj. 15 mg D

BOCEPREVIR L

BORIC ACID

Col. 1.9% 8 ml K

BORTEZOMIB L

BOSENTAN

Tab. 62.5 mg L

Tab. 125 mg L

BOTULINUM TOXIN TYPE A

Inj. 100 U D

Inj. 500 U L

BRENTUXIMAB L

BRETYLUIM TOSYLTE

Inj. 100 mg/2 ml D

BRIMONIDINE

Col. 0.2% L

Col. 0.15% L

BRINZOLAMIDE

Col. 1% L

BROMHEXINE HYDROCHLORIDE

Elix. 4 mg/5 ml 100 ml K

Sol. 2 mg/1 ml 50 ml K

Tab. 8 mg K

BROMOCRIPTINE MESYLATE

Cap. 10 mg L

Tab. 2.5 mg L

BROTIZOLAM

Tab. 0.25 mg K

BSS (BALANCED SALT SOLUTION) CD

Sol. CF 15 ml D

Sol. CF 250 ml D

Sol. CF 480-20 ml D

Sol. CF 500 ml D

BUDESONIDE

Spray 100 mcg/inh 200 inh K

Spray 200 mcg/unh 100 inh L

Spray 50 mcg/inh 200 inh K

Cap. 3 mg L

Enema 2 mg L

Respules 1 mg/2 ml L

BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE

Inj. 0.25% 20 ml K

Inj. 0.5% 20 ml K

Inj. 0.5% 4 ml K

BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE – ADRENALIN CD

Inj. 0.25% 20 ml K

Inj. 0.5% 20 ml K

BUPIVACAINE HYDROCHLORIDE – DEXTROSE CD

Inj. 0.5% 4 ml K

BUPRENORPHINE

Inj. 0.3mg/ml L

Tab. 0.2 mg L

BUPRENORPHINE + NALOXONE L

BUPROPION L

BUSERELIN

Inj. 1 mg/1 ml 5.5 ml L

Nas. spray 0.1 mg/spray 100 doses L

Inj. 6.6 mg L

Inj. 9.9 mg L

BUSULPHAN

Tab. 2 mg K

Inj. 6 mg/1 ml L

C1 ESTERASE INHIBITOR L

CABAZITAXEL L

CABERGOLINE

Tab. 0.5 mg L

CALAMINE – SULPHUR – RESORCIN CD

Lot. KF 50 ml K

CALAMINE LOTION CD

Lot. KF 100 ml K

CALCILESS CD

ECtab. CF K

CALCIPOTRIOL L

CALCIPOTRIOL + BETAMETHASONE

CALCITONIN, HUMAN

Inj. 0.5 mg K

CALCITONIN, SYNTHETIC SALMON [SALCATONIN]

Inj. 100 IU/ml K

Nasal Spray 100 IU/dose L

Nasal Spray 200 IU/dose L

CALCITRIOL

Inj. 1 mcg/ml L

Inj. 2 mcg/ml L

CALCIUM CARBONATE

Chew tab. 500 mg K

Chew tab. 600 mg K

ECtab. 1500 mg K

CALCIUM CARBONATE – LACTATE –GLUCONATE CD

Tab. effervesc. CF 20 K

CALCIUM CARBONATE – VITAMIN D CD

Ectab. CF 30 K

CALCIUM CASEINATE

Powd. 71g K

CALCIUM CHLORIDE

Inj. 10% 10 ml K

CALCIUM FOLINATE [LEUCOVORIN CALCIUM]

Inj. 100 mg Vial D

Inj. 50 mg D

Tab. 15 mg K

CALCIUM GLUBIONATE

Inj. 10% 10 ml K

CALCIUM LACTATE

Tab. 1 g K

CAMPHOR

Sp. 10% 50 ml K

CANAKINUMABL

CANDESARTAN

Tab. 8 mg L

Tab. 16 mg L

CANDESARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD

Tab. CF L

CAPECITABINE

Tab. 150 mg L

Tab. 500 mg L

CAPTOPRIL

Tab. 12.5 mg K

Tab. 25 mg K

Tab. 50 mg K

CARBACHOL

Col. 0.8% 8 ml K

Col. 1.5% 8 ml K

Col. 3% 8 ml K

CARBAMAZEPINE

Syr. 100 mg/5 ml 250 ml K

Tab. 200 mg K

Tab. S.R. 200 mg K

Tab. S.R. 400 mg K

Tab. SR 300 mg L

Tab. SR 600 mg L

CARBOCYSTEINE

Cap. 375 mg 30 K

Syr. 250 mg/5 ml 110 ml K

CARBOPLATIN

Inj. 150 mg D

Inj. 450 mg D

Inj. 50 mg D

CARFILZOMIB L

CARGLUMIC ACID L

CARMUSTINE [BCNU]

Inj. 100 mg DL

CARNITINE

Sol. 30% 20 ml K

Tab. 330 mg K

CARVEDILOL

Tab. 6.25 mg L

Tab. 12.5 mg L

Tab. 25 mg L

CASCARA [CASCARA SAGRADA]

Tab. 300 mg K

CASPOFUNGIN L

CASTOR OIL (OL. RICINI)

Ol. 30 ml K

CEFACLOR

Cap. 250 mg 12 K

Cap. 500 mg 12 K

Syr. 125 mg/5 ml 60 ml K

Syr. 250 mg/5 ml 60 ml K

CEFAZOLIN SODIUM

Inj. 1 g D

CEFONICID

Inj. 1 g DL

CEFOTAXIME

Inj. I.M./I.V. 1 g DL

CEFTAZIDIME SODIUM

Inj. I.M./I.V. 1 g HL

CEFTRIAXONE SODIUM

Inj. I.M. 1 g DL

Inj. I.M. 500 mg DL

Inj. I.V. 1 g DL

CEFUROXIME AXETIL

Syr. 125 mg/5 ml 100 ml K

Syr. 125 mg/5 ml 50 ml K

Tab. 125 mg 10 K

Tab. 250 mg 10 K

Tab. 500 mg 10 K

CEFUROXIME SODIUM

Inj. 750 mg HL

CELESTONE CHRONODOSE CD

Inj. CF 1 ml L

CENTRUM JUNIOR CD

Chew tab. CF K

CEPHALEXIN

Cap. 250 mg K

Cap. 500 mg K

Syr. 125 mg/5 ml 60 ml K

Syr. 250 mg/5 ml 60 ml K

CERITINIB L

CERIVASTATIN SODIUM

Tab. 0.1 mg L

Tab. 0.2 mg L

Tab. 0.3 mg L

Tab. 0.4 mg L

CETIRIZINE

Tab. 10 mg L

Syr. 1 mg/ml L

CETRIMIDE

Shamp. 10% 100 ml K

CETRORELIX

Inj. 0.25 mg L

Inj. 3.0 mg L

CETUXIMAB L

CHAMOMILE FLOWERS

Flo. Sachet 2 g K

CHARCOAL

Tab. 125 mg K

CHARCOAL ACTIVATED

Powd. 100 g K

CHLORAMBUCIL

Tab. 2 mg K

Tab. 5 mg K

CHLORAMPHENICOL

Col. 0.5% 8 ml K

Oc. 5% 3.6 g K

Tab. 250 mg H

Ung. 3% 10g K

CHLORAMPHENICOL – POLYMYXIN CD

Col. KF 8 ml K

CHLORAMPHENICOL PALMITATE

Susp. 125 mg/5 ml 100 ml H

CHLORAMPHENICOL SODIUM SUCCINATE

Inj. 1 g H

CHLORDIAZEPOXIDE HYDROCHLORIDE

Tab. 10 mg K

Tab. 5 mg K

CHLORHEXIDINE – CETRIMIDE CD

Sol. CF 100 ml K

Sol. CF 175 ml K

Sol. CF 25 ml K

Sol. CF 5 l K

Sol. CF 500 ml K

Sol. CF 60 ml K

CHLORHEXIDINE GLUCONATE

Crm. 1% 800 g K

Sol. 0.05% 100 ml K

Sol. 0.05% 25 ml K

Sol. 0.2% 300 ml K

Sol. 4% 500 ml K

Sol. 5% 1 l K

Sol. 0.5% 500 ml K

CHLOROQUINE PHOSPHATE

Tab. 250 mg K

CHLORPHENIRAMINE MALEATE

Tab. 2 mg K

CHLORPROMAZINE HYDROCHLORIDE

Inj. 25 mg/5 ml K

Inj. 50 mg/2 ml K

Tab. 100 mg K

Tab. 25 mg K

CHLORPROPAMIDE

Tab. 250 mg K

CHLORPROTHIXENE

Tab. 15 mg L

Tab. 5 mg L

Tab. 50 mg L

CHLORTHALIDONE

Tab. 100 mg K

Tab. 25 mg K

CHOLECALCIFEROL

Drop. 6,000 U/1 ml 10 ml K

CHOLESTYRAMINE

Powd. 4 g K

CHOLINE SALICYLATE – CETALKONIUM CD

Gel. CF 10g K

CHORIONIC GONADOTROPHIN, HUMAN [HCG]

Inj. 1500 U K

Inj. 2500 U K

Inj. 500 U K

Inj. 5000 U L

CILAZAPRIL

Tab. 1 mg L

Tab. 2.5 mg L

Tab. 5 mg L

CILAZAPRIL + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD

Tab. CF L

CIMETIDINE

Inj. 200 mg/2 ml D

Inj. 400 mg/100 ml D

Tab. 200 mg K

Tab. 400 mg K

Tab. 800 mg K

CINACALCET L

CINNARIZINE

Tab. 25 mg K

CIPROFLOXACIN

Inj. 100 mg 50 ml D

Inj. 200 mg 100 ml D

Tab. 250 mg L

Tab. 500 mg L

Tab. 750 mg L

CISAPRIDE

Susp. 1 mg/ml 100 ml L

CISPLATIN

Inj. 1 mg/1 ml 50 ml D

Inj. 10 mg D

Inj. 50 mg D

CITALOPRAM

Tab. 20 mg L

Tab. 40 mg L

CITRIC ACID COMPOUND CD

Syr. KF K

CLADRIBINE

Inj. 1 mg/ml L

Inj. 10 mg/5 ml L

CLARINASE REPETABS CD

Tav. CF L

CLIDINIUM – CHLORDIAZEPOXIDE CD

Tab. CF K

CLINDAMYCIN

Cap. 150 mg L

Inj. 600 mg/4 ml H

Susp. 75 mg/5 ml 80 ml L

CLINDAMYCIN PHOSPHATE

Lot. 1% 30 ml K

CLOBETASOL PROPIONATE

Crm. 0.05% 25 g K

Susp. 0.05% 25 ml K

Ung. 0.05% 25 g K

CLOBETASONE BUTYRATE

Crm. 0.05% 25 g K

Ung. 0.05% 25 g K

CLODRONATE

Tab. 520 mg L

Cap. 400 mg L

Inj. 60 mg/ml L

Tab. 800 mg L

CLOFARABINE L

CLOMIPHENE CITRATE

Tab. 50 mg K

CLOMIPRAMINE HYDROCHLORIDE

Inj. 25 mg/2 ml D

Tab. 10 mg K

Tab. 25 mg K

Tab. S.R. 75 mg 20 K

CLONAZEPAM

Sol. 2.5 mg/1 ml 10 ml K

Tab. 0.5 mg K

Tab. 2 mg K

CLONIDINE HYDROCHLORIDE

Tab. 150 mcg K

Tab. 25 mcg K

CLOPIDOGREL

Tab. 75 ml L

CLOTHIAPINE [CLOTIAPINE]

Inj. 40 mg/4 ml K

Tab. 40 mg K

CLOTRIMAZOLE

Crm. 1% 20 g K

Sol. 1% 20 ml K

Vagin. tab. 200 mg K

Vagin. tab. 500 mg K

CLOTRIMAZOLE – DEXAMETH. – NEOMYC. CD

Crm. CF 10 g K

CLOTRIMAZOLE – HYDROCORTISONE CD

Crm. CF 10 g K

CLOXACILLIN SODIUM

Cap. 250 mg K

Cap. 500 mg K

Inj. 500 mg D

Syr. 125 mg/5 ml 60 ml K

Syr. 250 mg/5 ml 60 ml K

CLOZAPINE

Inj. 25 mg/1 ml I.M. 2 ml HL

Tab. 100 mg HL

Syr. 25 mg HL

CO-AMOXYCLAV [AMOXYCILLIN – CLAVULANIC ACID]

Inj. 1000 mg D

Inj. 500 mg D

Syr. 125 mg/5 ml 60 ml K

Syr. 250 mg/5 ml 60 ml K

Tab. 250 mg K

Tab. 500 mg K

CO-PHENOTROPE [DIPHENOXYLATE – ATROPINE] CD

Tab. CF K

CO-TRIMOXAZOLE CD

Inj. 480 mg/5 ml D

Susp. 240 mg/5 ml 50 ml K

Tab. 960 mg K

COAL TAR – ALLANTOIN CD

Crm. CF 75 g K

Lot. CF 250 ml K

Shamp. CF 75 g K

COAL TAR EXTRACT CD

Shamp. CF 125 g K

COAL TAR PREPARED [PIX LITHANTRACIS]

Liq. K

CODEINE PHOSPHATE

Tab. 20 mg K

COLASPASE [ASPARAGINASE]

Inj. 10000 Units D

COLCHICINE

Tab. 0.5 mg K

COLDEX CD

Tab. CF 20 K

COLESTIPOL HYDROCHLORIDE

Powd. 5 g K

COLFOSCERIL PALMITATE

Inj. 108 mg K

COMBIVIR CD

Tab. CF L

CONESTAT ALFA L

CONTRA COMBUSTIONES CD

Ung. KF 25 g K

COPOLYMER – 1

Vial CF L

CORIFOLLITROPIN ALFA L

CORTISONE ACETATE

Tab. 25 g K

CRIZOTINIB L

CROTAMITON

Crm. 10% 20 g K

Lot. 10% 100 ml K

CROTAMITON – SULPHUR CD

Crm. CF 20 g K

CYANOCOBALAMIN [VITAMIN B12]

Inj. 1000 mcg/1 ml K

CYCLANDELATE

Tab. 100 mg K

Tab. 200 mg K

CYCLOPENTOLATE HYDROCHLORIDE

Col. 1% 15 ml K

CYCLOPHOSPHAMIDE

Inj. 1g D

Inj. 200 mg D

Inj. 500 mg D

Tab. 50 mg K

CYCLOSERINE

Cap. 250 mg L

CYCLOSPORIN

Cap. 100 mg K

Cap. 25 mg K

Inj. 250 mg/5 ml D

Sol. 100 mg/1 ml 50 ml K

CYCLOSPORINE EYE DROPS L

CYPROTERONE – ETHINYLESTRADIOL CD

Tab. CF K

CYPROTERONE ACETATE

Tab. 10 mg K

50 mg L

CYSTEAMINE BITARTARATE L

CYTARABINE HYDROCHLORIDE

Inj. 1g D

Inj. 100 mg/2 ml D

Inj. 2 g D

Inj. 40 mg/2 ml D

Inj. 500 mg/5 ml D

DABIGATRAN L

DABRAFENIB L

DACARBAZINE [DTIC]

Inj. 200 mg D

DACLIZUMAB L

DALFAMPRIDINE L

DALTEPARIN (LOW MOLECULAR WEIGHT HERAPIN)

Inj. 2500 IU/0.2 ml L

Inj. 5000 IU/0.2 ml L

Inj. 10,000 IU/ml L

DANAZOL

Cap. 100 mg L

Cap. 200 mg L

DANTROLENE SODIUM

Cap. 25 mg K

Inj. 20 mg K

DAPSONE

Tab. 100 mg K

DARBEPOETIN ALFA

Inj. 10 mcg L

Inj. 15 mcg L

Inj. 20 mcg L

Inj. 30 mcg L

Inj. 40 mcg L

Inj. 50 mcg L

Inj. 60 mcg L

Inj. 80 mcg L

Inj. 100 mcg L

Inj. 150 mcg L

Inj. 300 mcg L

DARUNAVIR L

DASABUVIR L

DASATINIB L

DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE

Inj. 20 mg D

DECITABINE L

DEFERASIROX L

DEFIBROTIDE L

DEGARELIX L

DENOSUMAB L

DENTICARE CD

Sol. CF 410 ml K

DESFERRIOXAMINE MESYLATE

Inj. 500 mg K

Inj. 2 g L

DESIPRAMINE

Tab. 25 mg L

DESMOPRESSIN

Inj. 4mcg/ml K

Pipet. 300 mcg/0.2 ml K

Sol. 10 mcg/0.1 ml 2.5 ml K

Spray 10 mcg/0.1 ml 5 ml K

DEXAMETHASONE

Tab. 0.5 mg K

Tab. 2 mg K

DEXAMETHASONE ACETATE

Col. 1.0 mg/ml L

DEXAMETHASONE – NEOMYCIN – POLYMYXIN CD

Aur. CF 5 ml K

DEXAMETHASONE – NEOMYCIN CD

Aur. KF 8 ml K

Col. CF 5 ml K

Col. KF 8 ml K

Narist. KF 8 ml K

Oc. CF 3.5 g K

DEXAMETHASONE – PHENYLEPHRINE – NEOMYCIN CD

Col. CF 5 ml K

Col. KF 8 ml K

Narist. KF 8 ml K

Co. CF 3.5 g K

DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE

Col. 0.1% 5 ml K

Inj. 20 mg/1 ml K

Inj. 4 mg/1 ml K

DEXAMOL COLD DAY CARE CD

Tab. CF 30 K

DEXAMOL COLD NIGHT CARE CD

Tab. CF 10 K

DEXAMOL SINUS DAY CARE CD

Tab. CF 30 K

DEXAMOL SINUS NIGHT CARE CD

Tab. CF 10 K

DEXCHLORPHENIRAMINE – PSEUDOEPHEDRINE CD

Syr. KF 50 ml K

Tab. CF K

DEXPANTHENOL

Ung. 5% 30 g K

DEXRAZOXANE

Inj. 500 mg L

DEXTRAN 40 10% - DEXTROSE 5% CD

Inj. CF 500 ml D

DEZTRAN 40 10% - SODIUM CHLORIDE 0.9% CD

Inj. CF 500 ml D

DEXTRANOMER

Beads 60 g L

Paste CF 10 g L

DEXTROMETHORPHAN HBR+QUINIDINE SULPHATE (CD) L

DEXTROSE

Oc. 10% K

DEXTROSE 5%

Inj. 1000 ml D

DEXTROSE 10%

Ink. 500 ml D

DEXTROSE 10% (FLEXIVIAL)

Inj. 10 ml K

DEXTROSE 20%

Inj. 500 ml D

DEXTROSE 20% (FLEXIVIAL)

Inj. 10 ml K

DEXTROSE 3.3% - SODIUM CHLORIDE 0.3% CD

Inj. CF 1 L D

Inj. CF 500 ml D

DEXTROSE 4.3% - SODIUM CHLORIDE 0.18% CD

Inj. CF 1 L D

Inj. CF 500 ml D

DEXTROSE 5%

Inj. 100 ml D

Inj. 150 ml D

Inj. 500 ml D

DEXTROSE 5% (FLEXIVIAL)

Inj. 10 ml K

DEXTROSE 5% - POT.CHLOR. 0.224% - SOD.CHLOR. 0.2% CD

Inj. CF D

DEXTROSE 5% - POT.CHLOR. 0.224% - SOD.CHLOR. 0.45% CD

Inj. CF 300 ml D

DEXTROSE 5% - POTASSIUM CHLORIDE 0.15% CD

Inj. CF D

DEXTROSE 5% - POTASSIUM CHLORIDE 0.225% CD

Inj. CF 500 ml D

DEXTROSE 5% - SODIUM CHLORIDE 0.33% CD

Inj. CF 1000 ml D

Inj. CF 150 ml D

Inj. CF 300 ml D

DEXTROSE 5% - SODIUM CHLORIDE 0.45% CD

Inj. CF 1000 ml D

Inj. CF 500 ml D

DEXTROSE 5% - SODIUM CHLORIDE 0.9% CD

Inj. CF 1 L D

Inj. CF 500 ml D

DEXTROSE 50%

Inj. 10 ml K

Inj. 20 ml K

DEXTROSE 50% (500 ML IN 1 L)

Inj. 50% 500 ml D

DEXTROSE, ANHYDROUS

Bulk. 100 g K

DIACEREIN

Cap. 50 mg L

DIAZEPAM

Inj. 10 mg/2 ml K

Tab. 10 mg K

Tab. 2 mg K

Tab. 5 mg K

Rectal enema 5 mg L

Rectal enema 10 mg L

DIAZOXIDE

Cap. 100 mg K

Cap. 25 mg K

Inj. 15 mg/1 ml D

DIBENZEPIN HYDROCHLORIDE

Inj. 40 mg/2 ml D

Tab. 240 mg K

Tab. 40 mg K

Tab. 80 mg K

DICHLOROBENZYL ALCOHOL

Loz. 1.2 mg 24 K

DICLOFENAC DIETHYLAMMONIA

Gel 1% 100 g K

Gel 1% 50 g K

DICLOFENAC SODIUM

Inj. 75 mg K

Supp. 50 mg K

Tab. 25 mg K

Tab. S.R. 100 mg K

Col. 1 mg/ml L

DICYCLOMINE HYDROCHLORIDE

Syr. 10 mg/5 ml 110 ml K

Tab. 10 mg K

DIDANOSINE

Tab. 50 mg L

Chew/Disp Tab. 25 mg L

Chew/Disp Tab. 100 mg L

Chew/Disp. Teb. 150 mg L

Powd. For Sol. 2 g L

Powd. For Sol. 4 g L

Delayed Release Capsules 125 mg L

Delayed Release Capsules 250 mg L

Delayed Release Capsules 400 mg L

DIENOESTROL

Vagin. crm. 0.1 mg/g 78 g K

DIFLUCORTOLONE – CHLORQUINALDOL CD

Crm. 0.1% 10g K

Crm. 0.1% 30 g K

Crm. CF 10g K

DIFLUCORTOLONE VALERATE

Crm. 0.1% 10 g K

Crm. 0.1% 30 g K

Ung. 0.1% 10 g K

Ung. 0.1% 30 g K

Ung. 0.3% 10 g K

DIGESTIF – ARA CD

Chew tab. CF K

DIGOXIN

Elix. 0.05 ,g/1 ml 60 ml K

Inj. 0.5 mg/2 ml K

Tab. 0.25 mg K

DIHYDRALAZINE METHANESULPHONATE

Inj. 25 mg/2 ml D

DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE

Drop. 2 mg/1 ml 15 ml K

DIHYDROTACHYSTEROL

Tab. 0.2 mg K

DILTIAZEM HYDROCHLORIDE

Tab. 30 mg K

Tab. 60 mg K

Tab. 90 mg K

Tab. S.R. 120 mg 30 K

Cap. SR 120 mg L

Cap. SR 180 mg L

Cap. SR 240 mg L

Cap. SR 300 mg L

DIMENHYDRINATE

Tab. 100 mg K

DIMERCAPROL

Inj. 100 mg/2 ml K

DIMETHICONE

Crm. 20% 25 g K

Crm. 20% 500 g K

DIMETHINDENE MALEATE

Drop. 1 mg/1 ml 20 ml K

DIMETHYL FUMARATE L

DINOPROST TROMETAMOL [PROSTAGLANDIN F2 ALPHA]

Inj. 5 mg/1 ml 4 ml H

DINOPROSTONE

Gel. 0.5 mg/3 g 30 g H

Gel. 1 mg/3 g H

Gel. 2 mg/3 g H

Inj. 10 mg/1 ml 0.5 ml H

Vagin. tab. 0.5 mg H

Vagin. tab. 3 mg H

Vaginal Pessary SR 10 mg L

DIPHENHYDRAMIN – NAPHAZOL – NEOMYCIN CD

Narist. KF 8 ml K

DIPHENHYDRAMINE COMPOUND CD

Syr. KF 100 ml K

DIPHENHYDRAMINE HYDROCHLORIDE

Syr. 12.5 mg/5 ml 50 ml K

DIPHTHERIA ANTITOXIN

Inj. 10,000 U/5 ml K

DIPHTHERIA TETANUS TOXOID

Inj. 0.5 ml K

Inj. 5 ml K

DIPHTHERIA TETANUS TOXOID AND PERTUSSIS VACCINE

Inj. 20 I.U. 0.5 ml B

DIPIVEFRINE HYDROCHLORIDE

Col. 0.1% 10 ml K

DIPROSPAN CD

Inj. CF 1 ml L

DIPYRIDAMOLE

Inj. 10mg/2 ml D

Tab. 75 mg K

DIPYRIDAMOLE + ASPIRIN CD L

DIPYRONE [METAMIZOL]

Inj. 1000 mg/2 ml K

Supp. 500 mg K

Syr. 1250 mg/5 ml K

Tab. 500 mg K

DISOPYRAMIDE PHOSPHATE

Cap. 100 mg K

Cap. 150 mg K

DISULFIRAM

Tab. 500 mg K

DITHRANOL

Crm. 0.1% 50 g K

Crm. 0.25% 50 g K

Crm. 0.5% 50 g K

Crm. 1% 50 g K

Crm. 2% 50 g K

Ung. 0.5% 30 g K

Ung. 1% 30 g K

Ung. 2% 30 g K

Ung. 3% 30 g K

Crm. 3% L

DOBUTAMINE HYDROCHLORIDE

Inj. 250 mg K

DOCETAXE L

Inj. 20 mg/0.5 ml L

Inj. 60 mg/2 ml L

DOLUTEGRAVIR L

DOLUTEGRAVIR + ABACAVIR + LAMIVUDINE (CD) L

DOMPERIDONE

Supp. 10 mg K

Supp. 30 mg K

Tab. 10 mg K

DONEPEZIL

Tab. 5 mg L

Tab. 10 mg L

DOPAMINE HYDROCHLORIDE

Inj. 200 mg/5 ml K

DORNASE ALFA

Sol. 1 mg/ml L

DORZOLAMIDE HCl

Col. 22/26 mg/ml L

DORZOLAMIDE + TIMOLOL CD

Col. CF L

DOXAZOSIN MESYLATE

Tab. 1 mg L

Tab. 2 mg L

Tab. 4 mg L

DOXEPINE HYDROCHLORIDE

Cap. 10 mg K

Cap. 25 mg K

DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE [ADRIAMYCIN HCl]

Inj. 10 mg D

Inj. 50 mg D

DOXORUBICIN, LYPOSOMAL L

DOXYCYCLINE HYDROCHLORIDE

Inj. 100 mg D

Syr. 50 mg/5 ml 30 ml K

Tab. 100 mg K

DRONEDARONE L

DROPERIDOL

Inj. 5 mg/2 ml D

DULOXETINE L

DURATEARS CD

Co. CF L

DUTASTERIDE L

DUTASTERIDE + TAMSULOSIN (CD) L

DYDROGESTERONE

Tab. 10 mg K

EBASTINE

Tab. 10 mg L

ECONAZOLE NITRATE

Vagin. Tab. 150 mg L

ECOTHIOPATE IODIDE [ECHOTHIOPATE IODIDE]

Col. 0.06% 5 ml K

Col. 0.125% 5 ml K

ECULIZUMAB L

EDROPHONIUM CHLORIDE

Inj. 10 mg/1 ml K

EFALIZUMAB L

EFAVIRENZ

Cap. 50 mg L

Cap. 100 mg L

Cap. 200 mg L

Tab. 600 mg L

ELETRIPTAN

Tab. 20 mg L

Tab. 40 mg L

Tab. 80 mg L

ELTROMBOPAG L

ELVITEGRAVIR+COBICISTAT+EMTRICITABINE+TENOFOVIR (CD) L

EMULSIFICANS AQUOSUM CD

Crm. KF K

ENALAPRIL MALEATE

Tab. 10 mg K

Tab. 20 mg K

Tab. 5 mg K

ENCYPALMED CD

ECtab. CF K

ENFUVIRITIDE

ENOXAPARIN [HEPARIN – LOW MOLECULAR WEIGHT]

Inj. 20 mg L

Inj. 40 mg L

Inj. 60 mg/0.6 ml L

Inj. 80 mg/0.8 ml L

Inj. 100 mg/1.0 ml L

ENSURE CD

Liq. CF 240 ml K

ENSURE HN CD

Liq. CF 240 ml K

ENTACAPONE

Tab. 200 mg L

ENTECAVIR L

EPHEDRINE HYDROCHLORIDE

Inj. 50 mg/1 ml K

Narist. 0.5% 8 ml K

Narist. 1% 8 ml K

EPIRUBICINE

Inj. 50 mg L

Inj. 10 mg L

EPLERENONE L

EPOETIN ALFA [ERYTHROPOIETIN, EPO]

Inj. 10,000 U/1 ml L

Inj. 2,000 U/1 ml L

Inj. 4,000 U/1 ml L

Inj. 2,000 U/0.5 ml L

Inj. 2,000 U/2 ml L

Inj. 4,000 U/2 ml L

Inj. 10,000 U/2 ml L

Prefilled Syringe 500 U L

Prefilled Syringe 1,000 U L

Prefilled Syringe 2,000 U L

Prefilled Syringe 3,000 U L

Prefilled Syringe 4,000 U L

Prefilled Syringe 10,000 U L

EPOETIN BETA [ERYTHROPOIETIN, EPOCH]

Inj. 1,000 U L

Inj. 2,000 U L

Inj. 5,000 U L

Prefilled Syringe 500 U L

Prefilled Syringe 1,000 U L

Prefilled Syringe 2,000 U L

Prefilled Syringe 3,000 U L

Prefilled Syringe 5,000 U L

Prefilled Syringe 10,000 U L

Prefilled Syringe 4,000 U L

Prefilled Syringe 6,000 U L

Prefilled Syringe 20,000 U L

EPOETIN THETA (r-HuEPO) L

EPOPROSTENOL SODIUM

Inj. 0.5 mg L

Inj. 1.5 mg L

EPTACOG ALFA

Inj. 1.2 mg L

Inj. 2.4 mg L

Inj. 4.8 mg L

EPTIFIBATIDE

Inj. 0.75 mg/ml L

Inj. 2 mg/ml L

ERLOTINIB L

ERYTHROMYCIN BASE

Cap. 250 mg K

Tab. 250 mg K

ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE

Syr. 200 mg/5 ml 60 ml K

Syr. 400 mg/5 ml 60 ml K

ERYTHROMYCIN LACTOBIONATE

Inj. 1 g D

Inj. 300 mg D

ERYTHROMYCIN STEARATE

Tab. 250 mg K

Tab. 500 mg K

ESMOLOL

Inj. 100 mg/10 ml L

Inj. 2.5 g/10 ml L

ESTRAMUSTINE

Cap. 140 mg L

ESTROFEM CD

Tab. CF K

ESTROFEM FORTE CD

Tab. CF K

ESTROOFEM 1 MG CD

CF

ETANERCEPT

Inj. 25 mg L

ETHAMBUTOL HYDROCHLORIDE

Tab. 400 mg K

ETHANOLAMINE OLEATE

Inj. 5% 5 ml K

ETHINYLOESTRADIOL [ETHINYL ESTRADIOL]

Tab. 0.02 mg K

ETHOSUXIMIDE

Cap. 250 mg K

Syr. 250 mg/5 ml 250 ml K

ETHYL CHLORIDE

Spray 100 ml K

ETIDRONATE DISODIUM

Tab. 200 mg K

ETOPOSIDE [VP-16-213]

Cap. 100 mg K

Cap 50 mg K

Inj. 100 mg/5 ml D

ETRAVIRINE L

ETRETINATE

Cap. 10 mg K

Cap. 25 mg K

EUCALYPTUS OIL

Liq. 10 ml K

EUCARBON CD

Tab. CF 100 K

Tab. CF 30 K

EVEROLIMUS L

EXEMESTANE

Tab. 25 mg L

EXENATIDE L

EZETIMIBE L

FAMOTIDINE

Tab. 20 mg K

Tab. 40 mg K

FAT CREAM CD

Crm. KF K

FATTY OINTMENT CD

Ing. KF K

FEBUXOSTAT L

FELODIPINE

Tab. S.R. 10 mg 30 K

Tab. S.R. 5 mg 30 K

Tab. SR 2.5 mg L

FENTANYL CITRATE L

FENTANYL DIHYDROGEN CITRATE

Inj. 0.1 mg/2 ml D

Inj. 0.5 mg/10 ml D

Transdermal patch 2.5 mcg/patch L

Transdermal patch 5.0 mcg/patch L

Transdermal patch 7.5 mcg/patch L

Transdermal patch 10.0 mcg/patch L

FERRIC CARBOXYMALTOSE L

FERRIC SODIUM GLUCONATE

Inj. 62.5 mg L

FERROUS CALCIUM CITRATE

Tab. 500 mg K

FERROUS CARBONATE CD

Syr. 15 mg Fe++/5 ml 80 ml K

Syr. 50 mg Fe++/5 ml 110 ml K

FERROUS GLUCONATE

Syr. 15 mg Fe++/5 ml 60 ml K

FERROUS SULPHATE

Syr. 130 mg/5 ml 50 ml K

Tab. 160 mg K

Tab. 250 mg K

FERROUS SULPHATE – FOLIC ACID CD

Tab. S.R. CF 30 K

FESOTERODINE L

FEXOFENADINE

Tab. 120 mg L

Tab. 180 mg L

FILGASTRIM [G-CSF]

Inj. 300 mcg/ml 1 ml L

Inj. 480 mcg/1.6 ml 1.6 ml L

FINASTERIDE L

FINGOLIMOD L

FLECAINIDE ACETATE

Inj. 10 mg/1 ml 15 ml HL

Tab. 100 mg HL

FLEET ENEMA CD

Enema CF 133 ml K

Enema CF 250 ml K

FLUCONAZOLE

Cap. 150 mg L

Cap. 50 mg L

Cap. 100 mg L

Cap. 200 mg L

Powd. For susp 50 mg/5 ml L

Powd. For susp. 200 mg/5 ml L

FLUCYTOSINE

Inj. 10 mg/1 ml 250 ml H

Tab. 500 mg H

FLUDARABINE

Inj. 50 mg L

Tab. 10 mg L

FLUDROCORTISONE ACETATE

Tab. 100 mcg K

FLUMAZENIL

Inj. 0.5 mg/5 ml D

Inj. 1 mg/10 ml D

FLUMETHASONE – CLIOQUINOL CD

Crm. CF 15 g K

Past. CF 15 g K

Ung. CF 15 g K

FLUMETHASONE – SALICYL – TAR CD

Ung. CF 30 g K

FLUMETHASONE – SALICYL CD

Ung. CF 15 g K

FLUMETHASONE – TRICLOSAN CD

Crm. CF 10 g K

FLUMETHASONE PIVALATE

Crm. 0.02% 15 g K

Ung. 0.02% 15 g K

FLUNISOLIDE

Spray 0.025% 25 ml K

FLUNITRAZEPAM

Inj. 2 mg/1 ml DL

FLUOCINOLONE ACETONIDE

Crm. 0.025% 100 g K

Crm. 0.025% 14 g K

Ung. 0,025% 14 g K

FLUOCORTOLONE

Tab. 20 mg K

Tab. 5 mg K

FLUOCORTOLONE CD

Crm. CF 10 g K

Crm. CF 30 g K

Ung. CF 10 g K

Ung. CF 30 g K

FLUORESCEIN SODIUM

Inj. 10% 5 ml D

Inj. 20% 5 ml D

St. CF K

FLUOROMETHOLONE L

FLUOROURACIL

Inj. 250 mg/5 ml 5 ml D

Inj. 50 mg/1 ml 20 ml D

Inj. 500 mg/10 ml D

Ung. 5% 20 g K

FLUOROURACIL – SALICYLIC ACID CD

Sol. CF 13 ml K

FLUOXETINE

Cap. 20 mg L

FLUOXYMESTERONE

Tab. 5 ml K

FLUPENTHIXOLE DECANOATE

Inj. 20 mg/ml L

Inj. 100 mg/ml L

FLUPENTHIXOLE DIHYDROCHLORIDE

Tab. 1 mg L

Tab. 3 mg L

FLUPHENAZINE DECANOATE

Inj. 12.5 ,g/0.5 ml L

Inj. 25 mg/1 ml L

Inj. 250 mg/10 ml L

FLUPHENAZINE ENANTHATE

Inj. 25 mg/1 ml L

FLUPHENAZINE HYDROCHLORIDE

Tab. 1 mg K

Tab. 5 mg K

FLUSPIRILENE

Inj. 6 mg/3 ml L

FLUTAMIDE

Tab. 250 mg L

FLUTICASONE L

FLUVASTATIN

Cap. 20 mg L

Cap. 40 mg L

FLUVOXAMINE

Tab. 100 mg L

Tab. 50 mg L

FOENICULI – SENNA – LICORICE CD

Spec. KF K

FOLIC ACID

Inj. 5 mg/1 ml 10 ml K

Tab. 5 mg K

FOLLITROPIN ALFA

Inj. 75 U

Inj. 150 U

FOLLITROPIN ALFA + LUTROPIN ALFA L

FOLLITROPIN BETA

Inj. 50 U L

Inj. 100 U L

Inj. 150 U L

FORMESTANE

Inj. 250 mg L

FORMOTEROL + BECLOMETHASONE (CD) L

FORMOTEROL + BUDESONIDE CD L

FORMOTEROL + FLUTICASONE L

FOSAMPRENAVIR L

FOSCARNET

Inf. 24 mg/ml L

FOSFOMYCIN

Gran. 3 g L

FOSINOPRIL

Tab. 10 mg L

Tab. 20 mg L

FOSINOPRIL + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD

Tab. CF L

FRAMYCETINE SULPHATE

Pad. 1% 10x10 cm K

FREAMINE III 3% WITH ELECTROLYTES CD

Inj. CF D

FREAMINE III 8.5% CD

Inj. CF D

FRUSEMIDE [FUROSEMIDE]

Cap. 200 mg K

Inj. 20 mg/2 ml K

Inj. 250 mg/25 ml D

Tab. 40 mg K

FTORAFUR

Cap. 200 mg K

FUCIDIC ACID

Crm. 2% L

FULVESTRANT L

GABAPENTIN

Cap. 300 mg L

Cap. 400 mg L

GALSULFASE L

GAMMA GLOBULIN HUMAN I.V.

Inj. 0.5 g D

Inj. 1 g D

Inj. 10 g D

Inj. 2.5 g D

Inj. 3 g D

Inj. 5 g D

Inj. 6 g D

GAMMA GLOBULINM, HUMAN

Inj. 16.5% 2 ml K

GANCICLOVIR

Inj. 500 mg DL

GANIRELIX

Inj. 0.25 mg/0.5 ml L

GASTROVISON CD

Powd. CF K

GATIFLOXACIN L

GAVISCON CD

Liq. CF 500 ml K

GEFITINIB L

GEMCITABINE

Inj. 200 mg L

Inj. 1 g L

GEMTUZUMAB OZOGAMICIN L

GENTAMICIN SULPHATE

Col. 0.3% 5 ml K

Crm. 0.1% 15 g K

Inj. 100 mg/100 ml D

Inj. 60 mg/100 ml D

Inj. 80 mg/100 ml D

Inj. 80 mg/2 ml D

Oc. 0.3% 3.5 g K

Ung. 0.1% 15 g K

GERIATRIC PHARMATON CD

Cap. CF 100 K

Cap. CF 30 K

GLATIRAMET ACETATE L

GLIBENCLAMIDE [GLYBURIDE]

Tab. 5 mg K

GLIMEPIRIDE L

GLIPIZIDE

Tab. 5 mg L

Tab. 10 mg L

GLUCAGON

Inj. 1 mg K

Inj. 10 mg K

GLYCEROL [GLYCERIN]

Liq. 100% 30 ml K

Supp. 1 g K

Supp. 2 g K

GLYCERYL TRINITRATE [NITROGLYCERIN]

Cap. 2.5 ml K

Inj. 10 mg/10 ml DL

Inj. 50 mg/50 ml DL

Patch 10 mg K

Patch 5 mg K

Subling. tab. 0.65 mg K

Spray 0.4 mg/spray L

GLYCOPYRRONIUM L

GONADORELIN

Inj. 0.8 mg L

Inj. 100 mcg/2 ml K

Inj. 3.2 mg L

GOSERELIN ACETATE

Inj. 3.6 mg K

Inj. 10.8 mg L

GRANISETRON

Inj. 1 mg/1 ml 3 ml L

Syr. 0.02 mg/ml L

GRISEOFULVIN

Tab. 125 mg K

GUAIPHENESIN [GLYCERYL GUAIACOLATE]

Syr. 100 mg/5 ml 100 ml K

GUANETHIDINE MONOSULPHATE

Col. 5% 10 ml K

GYNERA CD

Tab. CF 21 K

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B VACCINE

Inj. CF 0.5 ml K

HALCINONIDE

Crm. 0.1% 15 g K

HALOMETHASONE – TRICLOSAN CD

Crm. CF 10 g K

HALOPERIDOL

Drop. 2 mg/1 ml 15 ml K

Inj. 5 mg/1 ml K

Tab. 1 mg K

Tab. 10 ng K

Tab. 5 mg K

HALOPERIDOL DECANOATE

Inj. 100 mg/1 ml L

HALOTHANE

Liq. 250 ml D

HEPARIN CALCIUM

Inj. 25,000 U/1 ml 0.5 ml D

Inj. 25,000 U/1 ml 5 ml D

HEPARIN SODIUM

Inj. 1,000 U/1 ml 10 ml D

Inj. 1,000 U/500 ml 0.5 L D

Inj. 10,000 U/1 ml 1 ml D

Inj. 100 U/ml 5 ml D

Inj. 2,000 U/1000 ml 1 L D

Inj. 5,000 U/1 ml 5 ml D

HEPATITIS B IMMUNOGLOBULIN

Inj. 16.5% 5 ml L

Inj. 5 g/100 ml L

HEPATITIS B VACCINE

Inj. 10 mcg/0.5 ml 0.5 ml K

Inj. 20 mcg/1 ml 1 ml K

HEXAMINE HIPPURATE [METHENAMINE HIPPURATE]

Tab. 1 g K

HOMATROPINE HYDROBROMIDE

Col. 0.5% 8 ml K

Col. 1% 8 ml K

Col. 2% 8 ml K

HYALURONATE SODIUM

Inj. 10 mg/1 ml 0.5 ml K

Inj. 10 mg/1 ml K

HYALURONIDASE

Inj. 1500 U D

HYDRALAZINE HYDROCHLORIDE

Tab. 10 mg K

Tab. 50 ng K

HYDRAN 60 CD

Powd. CF 39.93 g K

HYDROCHLOROTHIAZIDE

Tab. 25 mg K

HYDROCORTISONE – NEOMYCIN CD

Ung. CF 15 g K

HYDROCORTISONE – OXYTETRACYCLINE CD

Spray CF 1 oz K

HYDROCORTISONE – PANTHENOL CD

Ung. CF 40 g K

HYDROCORTISONE ACETATE

Rectal foam 10% 25 g 14 app. K

Tab. 10 mg K

Ung. 2.5% 15 g K

HYDROCORTISONE SODIUM SUCCINATE

Inj. 100 mg/2 ml K

Inj. 500 mg K

HYDROGEN PEROXIDE

Sol. 3% 50 ml K

HYDROMORPHONE

Cap. SR 4 mg L

Cap. SR 8 mg L

Cap. SR 24 mg L

HYDROXYCHLOROQUINE SULPHATE

Tab. 200 mg K

HYDROXYETHYLCELLULOSE

Col. 1.75% 10 ml K

HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE

Inj. 250 mg/1 ml K

Inj. 500 mg/2 ml K

HYDROXYUREA

Cap. 500 mg K

HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE

Supp. 15 mg K

Tab. 10 mg K

Tab. 25 mg K

HYOSCINE HYDROBROMIDE [SCOPOLAMINE HYDROCROMIDE]

Col. 0.25% 8 ml K

HYPOTEARS CD

Col. CF L

IBANDRONIC ACID L

IBRITUMOMAB TIUXETAN L

IBRUTINIB L

IBUPROFEN

Tab. 200 mg K

Tab. 400 mg K

Tab. 600 mg K

ICATIBANT L

ICHTHAMMOL [ICHTHYOL]

Liq. K

Ing. 10% 14 g K

IDARUBICIN

Cap. 5 mg L

Cap. 10 mg L

Cap. 25 mg L

Inj. 5 mg L

Inj. 10 mg L

IDOXURIDINE

Col. 0.1% 7 ml K

Oc. 0.5% 5 g K

IDURSULFASE L

IFOSFAMIDE

Inj. 1000 mg D

Inj. 2000 mg D

Inj. 500 mg D

ILOPERIDONE L

ILOPROST

Inj. 0.025 mg/0.5 ml L

IMATINIB MESYLATE

Cap. 50 mg L

Cap. 100 mg L

Tab. 100 mg L

Tab. 400 mg L

INDINAVIR

Cap. 200 mg L

Cap. 400 mg L

IMIPENEM – CILASTATIN SODIUM

Inj. 500 mg 120 ml HL

IMIPRAMINE HYDROCHLORIDE

Tab. 25 mg K

INDACATEROL L

INDACATEROL + GLYCOPYRRONIUM (CD) L

INDOMETHACIN

Cap. 25 mg K

Col. 1% 5 ml K

Inj. 1 mg Vial K

Supp. 100 mg K

Col. 0.1% L

INFLIXIMAB

Inj. 100 mg L

INFLUENZA VACCINE CD

Inj. CF K

INSULIN ASPART

Inj. 100 U/ml 10 ml L

Inj. 100 U/ml 3 ml L

INSULIN ASPART + INSULIN ASPART PROTAMINE SULPHATE CD L

INSULIN DETEMIR L

INSULIN LISPRO

Inj. 100 U/ml, 1.5 ml L

Inj. 100 U/ml, 3 ml L

Inj. 100 U/ml, 10 ml L

INSULIN LISPRO + INSULIN LISPRO PROTAMINE L

INSULIN ZINC SUSPENSION (HUMAN GE)

Inj. 100 U/ml 10 ml K

INSULIN ZINC SUSPENSION – CRYST. (HUMAN GE)

Inj. 100 U/ml 10 ml K

INSULIN, BIPHASIC ISOPHANE (HUMAN GE)

Inj. 10/90 U/ml 3 ml K

Inj. 20/80 U/ml 3 ml K

Inj. 30/70 U/ml 1.5 ml K

Inj. 30/70 U/ml 10 ml K

Inj. 30/70 U/ml 3 ml K

Inj. 40/60 U/ml 3 ml K

Inj. 50/50 U/ml 3 ml K

INSULIN, BIPHASIC ISOPHANE (HUMAN)

Inj. 30/70 U/ml 2.5 ml K

INSULIN LARGINE L

INSULIN GLARGINE L

INSULIN GLULISINE L

INSULIN, ISOPHANE [INSULIN NPH] (HUMAN GE)

Inj. 100 U/ml 1.5 ml K

Inj. 100 U/ml 10 ml K

Inj. 100 U/ml 2.5 ml K

Inj. 100 U/ml 3 ml K

INSULIN, ISOPHANE [INSULIN NPH] (PORK)

Inj. 100 U/ml 10 ml K

INSULIN, SOLUBLE – INSULIN, ISOPHANE (HUMAN) CD

Inj. 15/85 U/ml 10 ml K

Inj. 15/85 U/ml 2.5 ml K

Inj. 50/50 U/ml 10 ml K

Inj. 50/50 U/ml 2.5 ml K

INSULIN, SOLUBLE [NEUTRAL INSULIN] (HUMAN GE)

Inj. 100 U/ml 1.5 ml K

Inj. 100 U/ml 10 ml K

Inj. 100 U/ml 2.5 ml K

Inj. 100 U/ml 3 ml K

INSULIN. SOLUBLE [NEUTRAL INSULIN] (HUMAN; CLEAR SOLUTION)

Inj. 100 U/ml 1.5 ml K

Inj. 100 U/ml 5.7 ml K

INSULIN, SOLUNLE [NEUTRAL SOLUTION] (PORK; CLEAR SOLUTION)

Inj. 100 U/ml 10 ml K

INTERFERON ALFA 2A

Inj. 3,000,000 U D

Inj. 9,000,000 U D

Prefilled syringe 3,000,000 U L

Prefilled syringe 4,500,000 U L

Prefilled syringe 6,000,000 U L

Prefiled syringe 9,000,000 U L

INTERFERON ALFA 2B

Inj. 3,000,000 U 2 ml D

Inj. 5,000,000 U 2 ml D

Inj. 5,000,000 IU L

Inj. 10,000,000 IU L

Inj. 18,000,000 IU L

Inj. 25,000,000 IU L

INTERFERON BETA 1A

Inj. 22 mcg L

Inj. 44 ncg L

INTERFERON BETA 1a

Vial CF L

INTERFERON BETA 1b

Vial CF L

IODINE

Tinct. 2.5% 10 ml K

IODISED OIL

Inj. 4.8 g/10 ml K

IOHEXOL

Inj. 518 mg/1 ml 20 ml K

Inj. 647 mg/1 ml 100 ml K

Inj. 647 mg/1 ml 50 ml K

Inj. 755 mg/1 ml 100 ml K

Inj. 755 mg/1 ml 50 ml K

IOPAMIDOL

Inj. 150 mg/1 ml 50 ml K

Inj. 200 mg/1 ml 10 ml K

Inj. 300 mg/1 ml 10 ml K

Inj. 300 mg/1 ml 100 ml K

Inj. 300 mg/1 ml 30 ml K

Inj. 300 mg/1 ml 50 ml K

Inj. 370 mg/1 ml 10 ml K

Inj. 370 mg/1 ml 100 ml K

Inj. 370 mg/1 ml 50 ml K

IOPANOIC ACID

Tab. 500 mg K

IPECACUANHA

Syr. KF 30 ml K

IPECACUANHA AND OPIUM CD

Tab. 300 mg K

IPILIMUMAB L

IPRATROPIUM BROMIDE

Sol. 0.25 mg/ml K

Spray 0.02 mg/inh K

IRBESARTAN

Tab. 75 mg L

Tab. 150 mg L

Tab. 300 mg L

IRBESARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD

Tab. CF L

IRINOTECAN

Inj. 40 mg/2 ml L

Inj. 100 mg/5 ml L

IRON OXIDE, SACCHARATED

Inj. 100 mg/5 ml L

ISOCAL POWDER CD

Powd. 425 g K

ISOCONAZOLE – DIFLUCORTOLONE CD

Crm. CF 15 g K

ISOCONAZOLE NITRATE

Crm. 1% 20 g K

ISOFLURANE

Liq. 100 ml D

ISONIAZID

Tab. 50 mg K

ISOPRENALINE HYDROCHLORIDE [ISOPROTERENOL HCl]

Inj. 0.2 mg/1 ml K

Inj. 1 mg/5 ml K

Subling. tab. 10 mg K

ISOPROPANOL – CHLORHEXIDINE CD

Sp. CF K

ISOSORBIDE DINITRATE

Cap. S.R. 20 mg K

Cap. S.R. 40 mg K

Cap. S.R. 60 mg K

Inj. 10 mg/10 ml DL

Inj. 50 mg/50 ml DL

Subling. tab. 2.5 mg K

Subling tab. 5 mg K

Tab. 10 mg K

Tab. 20 mg K

Tab. S.R. 40 mg K

Spray 1.25 mg/spray L

ISOSORBIDE MONONITRATE

Cap. S.R. 40 mg K

Cap. S.R. 50 mg K

Cap. S.R. 60 mg K

Tab. 20 mg K

Tab. S.R. 50 mg 30 K

ISOXSUPRINE HYDROCHLORIDE

Tab. 10 mg K

ISPAGHULA [PSYLLIUM HYDROPHILIC MUCILLOID]

Powd. 50% 100 g K

Powd. 50% 20 x 7 g K

Powd. 50% 400 g K

ITRACONAZOLE

Cap. 100 mg L

Sol. 10 mg/ml L

IVACAFTOR L

KAL-KEVA FORTE CD

Cap. CF 50 K

KAOLIN – PECTIN CD

Susp. KF 100 ml K

KETAMINE HYDROCHLORIDE

Inj. 10 mg/1 ml 20 ml D

Inj. 50 mg/1 ml 10 ml D

KETOCONAZOLE

Crm. 2% 15 g K

Tab. 200 mg L

KETOTIFEN

Syr. 1 mg/5 ml 100 ml K

Tab. 1 mg K

L-AMINO ACIDS 10% CD

Inj. CF D

L-AMINO ACIDS 5.5% - ELECTROLYTES CD

Inj. CF 500 ml D

L-1MINO ACIDS 5.5% CD

Inj. CF 500 ml D

L-AMINO ACIDS 7% - DEXTROSE 10% CD

Inj. CF 100 ml D

Inj. CF 500 ml D

L-AMINO ACIDS 7% CD

Inj. CF D

L-AMINO ACIDS 8.5% - ELECTROLYTES CD

Inj. CF D

L-AMINO ACIDS 8.5% CD

Inj. CF 500 ml D

LABETALOL HYDROCHLORIDE

Inj. 5 mg/1 ml 20 ml D

Tab. 100 mg K

Tab. 200 mg K

LACOSAMIDE L

LACRIMOL CD

Col. CF 15 ml K

Oc. CF 3.5 g K

LACTATED RINGERS SOL. [HARTMANN SOL.] CD

Inj. CF 1 L D

Inj. CF 500 ml D

LACTITOL MONOHYDRATE

Pwd L

Sol. 66/7% L

LACTULOSE

Syr. 50% 300 ml K

Sol. 670 mg/ml 500 ml L

LAMIVUDINE

Sol. 10 mg/1 ml L

Tab. 150 mg L

Sol. 5 mg/ml L

Tab. 100 mg L

Tab. 300 mg L

LAMOTRIGINE

Tab. 25 mg L

Tab. 50 mg L

Tab. 100 mg L

Tab. 200 mg L

Disp/Chew Tab. 5 mg L

Disp/Chew Tab. 25 mg L

Disp/Chew Tab. 50 mg L

Disp/Chew Tab. 100 mg L

Disp/Chew Tab. 200 mg L

LANETTE WAX OINTMENT CD

Ung. KF K

LANREOTIDE ACETATE

Inj. 30 mg L

Inj. 60 mg L

LANSOPRAZOLE

Cap. 15 mg L

Cap. 30 mg L

LANTHANUM CARBONATE L

LAPATINIB L

LARONIDASE L

LATANOPROST

Col. 50 mcg/ml L

LAXATIVE COMP. CD

Tab. KF K

LEFLUNOMIDE L

LENALIDOMIDE L

LENOGRASTIM

Inj. 33,600,000 U/ml L

LERCANIDIPINE

Tab. 10 mg L

LESHCUTAN CD

Ung. CF L

LETROZOLE

Tab. 2.5 mg L

LEUPROLIDE ACETATE

Inj. 3.75 mg L

Inj. 11/25 mg L

LEVAMISOLE

Tab. 50 mg L

LEVETIRACETAM L

LEVOBUNOLOL HYDROCHLORIDE

Col. 0.5% 5 ml K

LEVOCABASTINE

Nasal spray 0.5 mg/spray L

Col. 0.5 mg/ml L

LEVODOPA

Tab. 500 mg L

LEVODOPA – BENSERAZIDE CD

Cap. 125 mg L

Cap. 250 mg L

LEVODOPA – CARBIDOPA CD

Tab. CF L

LEVONORGESTREL

Intrauterine device 52 mg L

Tab. 75 mg L

LIDOCOMPLEX CD

Inj. CF 1.8 ml K

LIDOCOSIL CD

Inj. CF 1.8 ml K

LIGNOCAINE – PRILOCAINE CD

Crm. CF 30 g K

Crm. CF 5 g K

LIGNOCAINE HYDROCHLORIDE [LIDOCAINE HCl]

Inj. 0.2% 500 ml D

Inj. 0.4% 500 ml D

Inj. 1% 10 ml K

Inj. 1% 20 ml K

Inj. 1% 5 ml K

Inj. 1% 50 ml K

Inj. 2% 1.8 ml K

Inj. 2% 10 ml K

Inj. 2% 5 ml K

Inj. 2% 50 ml K

Inj. 4% 10 ml K

Jelly 2% 30 g K

Spray 10% 80 g K

Ung. 5% 30 g K

LINDANE [GAMMA BENZENE HEXACHLORIDE]

Crm. 1% 50 g K

LIOTHYRONINE SODIUM

Tab. 25 mcg K

LIPEGFILGRASTIM L

LIQUIFILM TEARS CD

Col. CF L

LIRAGLUTIDE L

LITHIUM CARBONATE

Tab. 300 mg L

LIXISENATIDE L

LOFENALAC CD

Powd. CF 454 g K

LOGYNON CD

Tab. CF 21 K

LOMUSTINE

Cap. 40 mg K

LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE

Cap. 2 mg K

LOPINAVIR + RITONAVIR CD

Cap. CF L

Orl Sol. CF L

LORATADINE

Tab. 10 mg 10 K

Syr. 1 mg/1 ml L

LORAZEPAM

Tab. 1 mg K

LOSARTAN

Tab. 12.5 mg L

Tab. 50 mg L

LOSARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD

Tab. CF L

LOVASTATIN

Tab. 20 mg 30 L

Tab. 40 mg 30 L

Tab. 10 mg L

LUBRICANS CD

Ung. KF 25 g K

LYPRESSIN [LYSINE VASOPRESSIN, SYNTHETIC]

Inj. 10 IU/0.5 ml K

Spray 50 U/1 ml 5 ml K

LYSURIDE MALEATE

Tab. 0.2 mg L

LYTEERS CD

Col. CF 15 ml K

M.V.I. 12 CD

Inj. CF 5 ml D

M.V.I. PAEDIATRIC CD

Inj. CF 5 ml D

MACITENTAN L

MAGENTA [FUCHSINE] CD

Sol. CF 10 ml K

MAGNESIUM HYDROXIDE

Susp. CF 500 ml K

MAGNESIUM SULPHATE

Powd. 30 g K

MANNITOL

Inj. 20% 500 ml K

MAPROTILINE HYDROCHLORIDE

Drop. 20 mg/1 ml 50 ml K

Inj. 25 mg/5 ml D

Tab. 25 mg K

Tab. 50 mg K

MARAVIROC L

MATERNA CD

Tab. CF 100 K

Tab. CF 30 K

MAXITROL CD

Col. CF L

Oc. CF L

MEASLES MUMPS RUBELLA VACCINE [MMR]

Inj. 0.5 ml B

MEASLES VACCINE

Inj. 1000 TCID50 B

MEBENDAZOLE

Susp. 100 mg/5 ml 30 ml K

Tab. 100 mg K

MEBEVERINE HYDROCHLORIDE

Tab. 135 mg K

MEBHYDROLIN NAPADISYLATE

Syr. 50 mg/5 ml 90 ml K

Tab. 50 mg K

MECASERMIN L

MEDROXYPROGESTERONE ACETATE

Inj. 1000 mg/6.7 ml K

Inj. 500 mg/3.3 ml K

Sachet 1000 mg 10 K

Sachet 500 mg 10 K

Tab. 100 mg K

Tab. 200 mg K

Tab. 5 mg K

Tab. 500 mg K

MEFLOQUINE

Tab. 250 mg K

MEGESTROL ACETATE

Tab. 160 mg K

Tab. 40 mg K

MEGLUMINE & SODIUM DIATRIZOATE CD

Inj. 30% 250 ml K

Inj. 45% 20 ml K

Inj. 60% 100 ml K

Inj. 60% 20 ml K

Inj. 76% 100 ml K

Inj. 76% 20 ml K

Inj. CF 200 ml K

MEGLUMINE & SODIUM IOXAGLATE CD

Inj. 320 mg/1 ml 100 ml K

Inj. 320 mg/1 ml 200 ml K

Inj. 320 mg/1 ml 50 ml K

MEGLUMINE & SODIUM IOXITALAMATE CD

Inj. CF 30 100 ml K

Inj. CF 38 100 ml K

Inj. CF 38 20 ml K

Inj. CF 38 200 ml K

Inj. CF 38 60 ml K

MEGLUMINE DIATRIZOATE

Inj. 65% 100 ml K

Inj. 65% 50 ml K

MEGLUMINE GADOPENTETATE

Inj. 469 mg/1 ml 2 ml K

MEGLUMINE IODOPAMIDE

Inj. 7 g/ 10 ml K

MEGLUMINE IOTHALAMATE

Inj 60% K

MEGLUMINE IOXITALAMATE

Sol. 33 g/50 ml K

Sol. 66 g/100 ml K

MELPHALAN

Inj. 50 mg D

Tab. 2 mg K

Tab. 5 ng K

MENOTROPHIN [MENOTROPINS] CD

Inj. CF L

MENTHOL

Sp. 1% 50 ml K

Ung. 1% 7.5 g K

MEPIVACAINE

Inj. 3% 1.8 ml K

MERCAPTOPURINE

Tab. 50 mg K

MERIDOL CD

Sol. CF K

MEROKEN CD

Sol. CF 1 L K

MEROPENEM

Pwd. For Inj. 500 mg L

Pwd. For Inj. 1 g L

MESALAZINE [MESALAMINE, 5-AMINOSALICYLIC ACID]

Enema 1 g/100 ml K

Enema 4 g/60 ml K

Supp. 250 mg K

Supp. 500 mg 30 K

Tab. 250 mg K

Tab. 400 mg K

Tab. 500 mg K

Granules SR 1 g L

MESNA

Inj. 100 mg/1 ml 4 ml D

Inj. 1000 mg 10 ml D

MESTEROLONE

Tab. 25 mg K

METARAMINOL TARTRATE

Inj. 10 mg/1 ml 10 ml K

METFORMIN HYDROCHLORIDE

Tab. 850 mg K

METHADONE HYDROCHLORIDE

Sol. 0.04% 100 ml K

Sol. 5% 100 ml K

METHAZOLAMIDE

Tab. 50 mg K

METHIMAZOLE

Tab. 20 mg K

Tab. 5 mg K

METHIXENE HYDROCHLORIDE

Tab. 5 mg L

Tab. S.R. 15 mg L

METHOHEXITONE SODIUM

Inj. 500 mg D

METHOTREXATE

Inj. 1000 mg/10 ml D

Inj. 5 g/50 ml D

Inj. 50 mg/2 ml D

Inj. 500 mg/20 ml D

Tab. 2.5 mg K

METHOTRIMEPRAZINE MALEATE [LEVOMEPROMAZINE MALEATE]

Inj. 25 mg/1 ml K

Tab. 100 mg K

Tab. 25 mg K

METHOXAMINE HYDROCHLORIDE

Inj. 20 mg K

METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL EPOETIN BETA L

METHSUXIMIDE

Cap. 300 mg K

METHYL SALICYLATE

Ung. 10% 25 g K

METHYLDOPA

Tab. 250 mg K

Tab. 500 mg K

METHYLERGOMETRINE MALEATE

Inj. 0.2 mg/1 ml K

Tab. 0.125 mg K

METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE

Tab. 10 mg K

Tab. SR 20 mg L

METHYLPHENOBARBITONE [MEPHOBARBITAL]

Tab. 200 mg K

Tab. 50 mg K

METHYLPREDNISOLONE ACETATE

Inj. 40 mg/1 ml 1 ml K

Inj. 40 mg/1 ml 2 ml K

Inj. 40 mg/1 ml 5 ml K

METHYL PREDNISOLONE SODIUM SUCCIANTE

Inj. 1 g/16 ml K

Inj/ 125 mg/2 ml K

Inj/ 40 mg/1 ml K

Inj. 500 mg/8 ml K

METOCLOPRAMIDE HYDROCHLORIDE

Inj. 10 mg/2 ml K

Supp. 20 mg K

Supp. 5 mg K

Syr. 5 mg/5 ml 115 ml K

Tab. 10 mg K

METOPROLOL FUMARATE

Tab. oros. 190 mg K

Tab. oros. 95 mg K

METOPROLOL TARTRATE

Inj. 1 mg/1 ml 5 ml H

Tab. 100 mg K

Tab. S.R. 200 mg K

METRIZAMIDE

Inj. 3.75 g K

Inj. 6.75 g K

METRONIDAZOLE

Inj. 500 mg/100 ml K

Susp. 125 mg/5 ml 120 ml K

Tab. 250 mg K

Vagin. tab. 500 mg K

METYRAPON

Cap. 250 mg K

MEXILETINE HYDROCHLORIDE

Cap. 200 mg K

Cap. 50 mg K

Inj. 250 mg/10 ml D

MEZLOCILLIN SODIUM

Inj. 2 g HL

Inj. 5 g HL

MIANSERIN

Tab. 30 mg 20 L

MICONAZOLE – HYDROCORTISONE CD

Crm. CF 15 g K

MICONAZOLE NITRATE

Crm. 2% 15 g K

Gel 2% 40 g K

Lot. 2% 20 ml K

Vag. cap. 400 mg 3 K

Vagin. crm. 2% 40 g K

MICRODIOL CD

Tab. CF 21 K

MICROGYNON CD

Tab. CF 21 K

MICROLET CD

Enema CF 5 ml K

MIDAZOLAM

Inj. 15 mg/3 ml D

Inj. 5 mg/1 ml D

Inj. 5 mg/5 ml 10 D

MIDODRINE

Tab. 2.5 mg L

Tab. 5 mg L

MIFAMURTIDE L

MIFEPRISTONE

Tab. 200 mg L

MILNACIPRAN L

MILTEFOSTINE

Sol. 0.6 g/10 mlg L

MINOCYCLINE HYDROCHLORIDE

Inj. 100 mg D

Tab. 50 mg L

MINOVLAR CD

Tab. CF 21 K

MINOXIDIL

Tab. 5 mg K

MINULET CD

Tab. CF 21 K

MIRTAZAPINE

Tab. 30 mg L

Tab. 45 mg L

MITOMYCIN

Inj. 10 mg D

Inj. 2 mg D

MITOTANE

Tab. 500 mg K

MITOXANTRONE HYDROCHLORIDE

Inj. 2 mg/1 ml 10 ml D

MIZOLASTINE

Tab. 10 mg L

MODAFINIL L

MOEXIPRIL

Tab. 7.5 mg L

Tab. 15 mg L

MOLGRAMOSTIM [GM-CSF]

Inj. 150 mcg L

Inj. 400 ncg L

MONTELUKAST

Chew. Tab. 5 mg L

Tab. 10 mg L

MORPHINE HYDROCHLORIDE

Inj. 10 mg/1 ml K

Inj. 20 ml/1 ml K

MORPHINE SULPHATE

Supp. 10 mg K

Supp. 20 mg K

Supp. 5 mg K

Tab. 15 mg K

Tab. 30 mg K

Tab. S.R. 10 mg K

Tab. S.R. 10 mg K

Tab. S.R. 30 mg K

Cap. SR 30 mg (MCR uno CF) L

Cap. SR 60 mg (MCR uno CF) L

Cap. SR 120 mg (MCR uno CF) L

Cap. SR 200 mg (MCR uno CF) L

MORPHOLINE SALICYLATE

Crm. 16.6% 40 g K

MOVIPREP L

MOXIFLOXACIN L

MUPIROCIN

Ung. 2% 15 g L

Ung. 2% 3 g L

MUROMONAB CD 3

Amp. 5 mg/5 ml L

MUSCOL CD

Tab. CF K

MUSTINE HYDROCHLORIDE [NITROGEN MUSTARD]

Inj. 10 mg D

MYCOPHENOLATE MOFETIL

Cap. 250 mg L

Cap. 500 mg L

MYCOPHENOLIC ACID L

NADROPARIN

Inj. 2,850 U/0.3 ml L

Inj. 3.800 U/0.4 ml L

Inj. 5,700 U/0.6 ml L

Inj. 7,600 U/0.8 ml L

NAFARELIN

Nas. spray 200 mcg/spray 60 doses L

NALIDIXIC ACID

Susp. 250 mg/5 ml 473 ml K

Tab. 500 mg K

NANDROLONE DECANOATE

Inj. 50 mg/1 ml K

NANDROLONE PHENYLPROPIONATE

Inj. 25 mg/1 ml K

NAPHAZOLINE – DIPHENHYDRAMINE CD

Col. CF 8 ml K

NAPROXEN

Supp. 500 mg K

Tab. 250 mg K

Tab. 500 mg K

NATALIZUMAB L

NEDOCROMIL SODIUM

Spray 2 mg/inh 112 inh K

NELARABINE L

NELFINAVIR

Tab. 250 mg L

Oral Powd. 50 mg/g L

NEO-MEDROL CD

Lot. CF 25 ml K

NEOGYNON CD

Tab. CF 21 K

NEOMYCIN – POLYMYXIN – BACITRACIN CD

Spray CF 110 g K

NEOMYCIN SULPHATE

Col. 0.5% 8 ml K

Col. 1% 8 ml K

Tab. 500 mg K

Ing. 1% K

NEOSTIGMINE METHYLSULPHATE

Inj. 0.5 mg/1 ml K

Inj 2.5 mg/5 ml K

NEVIRAPINE

Tab. 200 mg L

Susp. 10 mg/1 ml L

NICLOSAMIDE

Tab. 500 mg K

NICOTINE

Chew gum 2 mg K

Chew gum 4 mg K

NICOTINIC ACID [NIACIN]

Tab. 50 mg K

Tab. 500 mg K

NICOUMALONE

Tab. 4 mg K

NIFEDIPINE

Cap. 10 mg K

Tab. 10 mg K

Tab. 20 mg K

Tab. S.R. 30 mg 30 K

Tab. S.R. 60 mg 30 K

NILOTINIB L

NIMODIPINE

Inj. 10 mg/50 ml DL

Tab. 30 mg K

NITISINONE L

NITRAZEPAM

Tab. 5 mg K

NITROFURANTOIN

Cap. 100 mg L

Tab. 100 mg K

NITROFURAZONE

Sol. 0.2% 1 L K

Ung. 0.2% 15 g K

NIVOLUMAB L

NORDETTE CD

Tab. CF 28 K

NORETHISTERONE ACETATE [NORETHINDRONE]

Tab. 5 mg K

NORFLOXACIN

Tab. 400 mg L

NORTRIPTYLINE HYDROCHLORIDE

Tab. 10 mg K

Tab. 25 mg K

NOVOFEM CD L

NUTRAMIGEN CD

Powd. CF 425 g K

NYSTATIN

Loz. 100,000 U 28 lozenges K

Susp. 100,000 U/ml 30 ml K

Ung. 100,000 U/g 15 g K

Vagin. tab. 100,000 U K

OBINUTUZUMAB L

OCTREOTIDE [SOMATOSTATIN ANALOGUE]

Inj. 0.05 mg/1 ml 1 ml L

Inj. 0.1 mg/1 ml 1 ml L

Inj. 0.2 mg/1 ml 5 ml L

Inj. 0.5 mg/1 ml 1 ml L

Inj. 10 mg L

Inj. 20 mg L

Inj. 30 mg L

OESTRADIOL – NORGESTREL CD

Tab. CF K

OESTRADIOL VALERATE

Tab. 2 mg L

OESTRADIOL [ESTRADIOL]

Patch 2 mg 6 patches K

Patch 4 mg 6 patches K

Patch 8 mg 6 patches K

Patch 1.6 mg L

Patch 3.2 mg L

Patch 3.8 mg L

Patch 4.8 mg L

Patch 6.4 mg L

Patch 7.6 mg L

Gel 48 mg L

OESTRIOL [ESTRIOL]

Vagin. crm. 0.1 ,g/g 80 g K

Vagin. crm. 1 mg/g 15 g K

Vagin. tab. 0.5 mg K

OESTROGEN – MEDROXYPROGESTERONE CD

Tab. CF (high dose) K

Tab. CF (low dose) K

OESTROGENS, CONJUGATED [ESTROGENS, CONJUGATED]

Inj. 25 mg/5 ml K

Tab. 0.625 mg K

Tab. 1.25 mg K

OFATUMUMAB L

OFLOXACIN

Inj. 200 mg L

Tab. 200 mg L

OLANZAPINE

Tab. 5 mg L

Tab. 7.5 mg L

Tab. 10 mg L

OLIVE OIL

Ol. 100 ml K

OLMETEC L

OLSALAZINE SODIUM

Cap. 250 mg K

OMALIZUMAB L

OMBITASVIR + PARITAPREVIR + RITONAVIR (CD) L

OMEPRAZOLE

Cap. 20 mg L

Cap. 10 mg L

ONDANSETRON

Inj. 4 mg 2 ml L

Inj. 8 mg 4 ml L

Tab. 4 mg L

Tab. 8 mg L

OPIPRAMOL HYDROCHLORIDE

Tab. 50 mg K

OPIUM

Tinct. 10% K

ORABASE CD

Past. CF 30 g K

ORPHENADRINE CITRATE

Inj. 60 mg/2 ml K

ORPHENADRINE HYDROCHLORIDE

Tab. 50 mg K

ORSET CD

Tab. effervesc. CF 10 K

OSMOLITE CD

Liq. CF 240 ml K

Liq. CF 960 ml K

OXALIPLATIN L

OXAZEPAM

Tab. 10 mg K

OXCARBAZEPINE

Tab. 300 mg L

Tab. 600 mg L

OXERUTINS

Cap. 300 mg K

OXPRENOLOL HYDROCHLORIDE

Tab. 20 mg K

Tab. S.R. 160 mg K

Tab. S.R. 80 mg K

OXYBUPROCAINE HYDROCHLORIDE

Col. 0.4% 8 ml K

OXYBUTYNIN HYDROCHLORIDE [OXYBUTYNIN CHLORIDE]

Tab. 5 mg K

OXYCODONE HCl

Tab. SR 10 mg L

Tab. SR 20 mg L

Tab. SR 40 mg L

Tab. SR 80 mg L

Syr. 2 mg/1 ml L

OXYCODONE + NALOXONE CD L

OXYTETRACYCLINE – POLYMYXIN CD

Oc. CF 3 g K

Ung. CF 15 g K

Vagin. tab. CF K

OXYTOCIN

Inj. 10 U/1 ml K

Inj. 5 U/1 ml K

Spray 40 U/ml 5 ml K

PACLITAXEL

Inj. 6 mg/ml L

Inj. 30 mg/5 ml L

Inj. 17 mg/100 ml L

PALIPERIDONE L

PALIVIZUMAB

Inj. 50 mg L

Inj. 100 mg L

PALONOSETRON L

PAMIDRONATE DISODIUM

Inj. 15 mg/5 ml 2 D

Inj. 30 mg/5 ml L

Inj. 90 mg L

PANCREATIC ENZYME CONCETRATE CD

Tab. CF K

PANCREATIN

ECtab. 500 mg K

PANCRELIPASE CD

Cap. CF 8000 K

ECcap. CF K

Cap. 150 mg L

Cap. 300 mg L

PANCURONIUM BROMIDE

Inj. 2 mg/1 ml D

PANITUMUMAB L

PAPAVERINE HYDROCHLORIDE

Inj. 40 mg/2 ml K

Tab. 80 mg K

PARACETAMOL – CAFFEINE CD

Tab. CF 20 K

PARACETAMOL – CODEINE CD

Tab. CF K

PARACETAMOL [ACETAMINOPHEN]

Chew tab. 250 mg 10 K

Drop. 100 mg/1 ml K

Elix. 120 mg/5 ml 100 ml K

Supp. 150 mg K

Supp. 500 mg K

Tab. 500 mg K

PARAFFIN, LIQUID [MINERAL OIL]

Liq. 100 ml K

PARICALCITOL L

PAROXETINE

Tab. 20 mg L

Tab. 30 mg L

Tab. 30 mg L

PASIREOTIDE L

PASSIFLORA COMP. CD

Syr. KF 100 ml K

PAZOPANIB L

PED-EL CD

Inj. CF 20 ml K

PEFLOXACIN

Inj. 400 mg L

Tab. 400 mg L

PEGFILGRASTIM L

PEGINTERFERON ALFA 2A L

PEGINTERFERON ALFA 2B L

PEG-L-ASPARAGINASE

Inj. 750 U/ml L

PEGVISOMANT L

PEMBROLIZUMAB L

PEMETREXED L

PEMOLINE

Tab. 20 mg L

PENFLURIDOL

Tab. 20 mg L

PENICILLAMINE

Cap. 250 mg K

PENICILLIN, PROCAINE & BENZYLPENICILLIN SODIUM

Inj. 1,200,000 U K

Inj. 2,000,000 U K

PENTAMIDINE ISETHIONATE

Inj. 200 mg DL

Inj. 300 mg DL

PENTAZOCINE – NALOXONE CD

Tab. CF K

PENTAZOCINE LACTATE

Inj. 30 mg/1 ml K

PENTOXIFYLLINE

Tab. S.R. 400 mg 100 K

PEPPERMINT LEAF [MENTHA PIP.]

Fol. satchets K

PERCOCET CD

Tab. CF K

PERCODAN CD

Tab. CF K

PERGOLIDE MESYLATE

Tab. 0.05 mg L

Tab. 0.25 mg L

Tab. 1/0 mg L

PERICYAZINE

Cap. 10 mg K

Drop. 4% Bottle 30 ml K

PERMETHRIN

Crm. 1% 120 ml K

Crm. 5% L

PERPHENAZINE

Inj. 5 mg/1 ml K

Tab. 4 mg K

Tab. 8 mg K

PERTUSSIS VACCINE, ACELLULAR L

PERTUZUMAB L

PERU BALSAM

Liq. K

PETHIDINE HYDROCHLORIDE [MEPERIDINE HCl]

Inj. 100 mg/2 ml K

Inj. 50 mg/1 ml K

PHENAZOPYRIDINE HYDROCHLORIDE

Tab. 100 mg K

PHENELZINE SULPHATE

Tab. 15 mg L

PHENETURIDE

Tab. 250 mg K

PHENOBARBITONE SODIUM [PHENOBARBITAL SOD.]

Inj. 130 mg/1 ml K

PHENOBARBITONE [PHENOBARBITAL]

Tab. 100 mg K

Tab. 15 mg K

PHENOXYBENZAMINE HYDROCHLORIDE

Cap. 10 mg L

PHENOXYMETHYLPENICILLIN POT. [PENICILLIN V POT.]

Syr. 125 mg/5 ml 60 ml K

Syr. 250 mg/5 ml 60 ml K

Tab. 250 mg K

Tab. 500 mg K

Caplet 1,000 mg L

PHENTOLAMINE MESYLATE

Inj. 10 mg/1 ml 5 ml D

PHENYL FREE CD

Powd. CF 400 g K

PHENYLEPHERINE COMP. – NAPHAZOLINE CD

Narist. KF 8 ml K

PHENYLEPHERINE COMP. CD

Narist. KF 8 ml K

PHENYLEPHERINE HYDROCHLORIDE

Col. 10% 8 ml K

Col. 2.5% 8 ml K

Inj. 10 mg/1 ml K

PHENYTOIN SODIUM

Cap. 100 mg K

Cap. 50 mg K

Inj. 100 mg/2 ml D

Inj. 250 mg/5 ml D

Syr. 125 mg/5 ml 125 ml K

Syr. 30 mg/5 ml 125 ml K

PHYSOSTIGMINE SULPHATE [ESERINE SULPHATE]

Col. 0.5% 8 ml K

Col. 1% 8 ml K

PHYTOMENADIONE (PHYTONADIONE, VIT. K)

Inj. 1mg/0.5 ml K

Inj. 10 mg/1 ml K

PILOCARPINE HYDROCHLORIDE

Col. 1% 8 ml K

Col. 2% 8 ml K

Col. 3% 8 ml K

Col. 4% 8 ml K

Col. 6% 8 ml K

Tab. 5 mg L

PIMECROLIMUS L

PIMOZIDE

Tab. 4 mg L

PINDOLOL

Tab. 15 mg K

Tab. 5 mg K

PIPERACILLIN SODIUM

Inj. 2 g HL

Inj. 4 g HL

PIRENZEPINE HYDROCHLORIDE

Tab. 25 mg K

PIZOTIFEN

Tab. 0.5 ml K

PLASMALYTE A CD

Inj. CF D

PLEGISOL CD

Inj. CF 1000 ml D

PLERIXAFOR L

PLUVITON CD

Tab. CF 30 K

PNEUMOCOCCAL 7 VALENT CONJUGATE VACCINE L

PNEUMOCOCCAL VACCINE

Inj. 0.5 ml K

PODOPHYLLIN RESIN

Sp. 25% 10 ml K

PODOPHYLLOTOXIN

Sol. 5 mg/ml L

POLIOMYELITIS VACCINE, INACTIVATED [CIPV]

Inj. CF 0.5 ml B

Inj. CF 1 ml B

POLIOMYELITIS VACCINE, LIVE ORAL [TOPV]

Sol. CF B

POLYVIT 30 PLUS CD

Cap. CF 100 K

Cap. CF 30 K

POLYVIT CD

Drop. CF 10 ml K

POMALIDOMIDE L

PONATINIB L

POSACONAZOLE L

POTASSIUM & SODIUM CITRATE CD

Tab. CF K

POTASSIUM & SODIUM HYDROGEN CITRATE CD

Gran. CF 280 g K

POTASSIUM CHLORIDE

Inj. 15% 20 ml D

Tab. S.R. 600 mg K

POTASSIUM GUAIACOLSULPHONATE

Syr. 375 mg/5 ml 100 ml K

POTASSIUM GUAIACOLSULPHONATE – CODEINE CD

Syr. KF 100 ml K

POVIDONE IODINE

Douche 10% 100 ml K

Douche 10% 200 ml K

Sol. 10% 15 ml K

Sol. 10% 300 ml K

Sol. 10% 1 L K

Sol. 7.5% 300 ml K

Tinct. 10% 300 ml K

Ung. 10% 15 g K

Ung. 10% 250 g K

Vagin. supp. 112 mg K

Vagin. supp. 200 mg K

PRAJMALIUM BITARTRATE

Tab. 20 mg K

PRALATREXATE L

PRAMIPEXOLE L

PRASUGREL L

PRAVASTATIN SODIUM

Tab. 20 mg 30 L

Tab. 10 mg L

PRAZIQUANTEL

Tab. 600 mg K

PRAZOSIN HYDROCHLORIDE

Tab. 0.5 mg K

Tab. 1 mg K

Tab. 2 mg K

Tab. 5 mg K

PREDNISOLONE ACETATE L

PREDNISOLONE – CHLORAMPHENICOL CD

Ung. CF 10 g K

PREDNISOLONE – GENTAMICIN CD

Crm. CF 20 g K

PREDNISOLONE SODIUM TETRAHYDROPHTALATE

Inj. 100 mg K

Inj. 25 mg K

[[2]](#footnote-2)Syr. 3 mg/ml L

PREDNISONE

Tab. 1 mg K

Tab. 20 mg K

Tab. 5 mg K

PREGABALIN L

PREGESTIMIL CD

Powd. CF 450 g K

PREPARATION H CD

Supp. CF 12 K

Ung. CF 100 g K

PRIMAQUINE PHOSPHATE

Tab. 26.3 mg (15 mg base) K

PRIMIDONE

Tab. 250 mg K

PRISTINAMYCIN

Tab. 500 mg K

PROBENECID

Tab. 500 mg K

PROCAINAMIDE HYDROCHLORIDE

Inj. 100 mg/1 ml 10 ml D

Tab. 250 mg K

Tab. S.R. 500 mg K

Tab. S.R. 750 mg K

PROCARBAZINE

Cap. 50 mg K

PROCTOZORIN CD

Supp. CF K

Ung. CF 25 g K

PROCYCLIDINE HYDROCHLORIDE

Inj. 10 mg/2 ml K

Tab. 5 mg K

PROGESTERONE

Inj. 50 mg/1 ml K

Cap. 100 mg L

PROGUANIL HYDROCHLORIDE

Tab. 100 mg K

PROMETHAZINE EXPECTORANS CD

Syr. KF 100 ml K

PROMETHAZINE HYDROCHLORIDE

Inj. 50 mg/2 ml K

Syr. 5 ng/5 ml 100 ml K

Tab. 25 mg K

PROPAFENONE HYDROCHLORIDE

Tab. 150 mg L

Tab. 300 mg L

PROPANTHELINE BROMIDE

Tab. 15 mg K

PROPOFOL

Inj. 10 mg/1 ml 20 ml D

PROPOXYPHENE – PARACETAMOL CD

Tab. CF K

PROPRANOLOL HYDROCHLORIDE

Cap. S.R. 160 mg K

Cap. S.R. 80 mg K

Inj. 1 mg/1 ml D

Tab. 10 mg K

Tab. 40 mg K

PROPYLTHIOURACIL

Tab. 50 mg K

PROTAMINE SULPHATE

Inj. 50 mg/5 ml K

PROTIRELIN [THYROTROPIN – RELEASING HORMONE]

Inj. 0.2 mg/1 ml 1 ml K

PSEUDOEPHEDRINE HYDROCHLORIDE

Syr. 30 mg/5 ml 115 ml K

Tab. 60 mg K

PYRANTEL EMBONATE [PYRANTEL PAMOATE]

Chew tab. 250 mg K

Susp. 250 mg/5 ml 15 ml K

PYRAZINAMIDE

Tab. 500 mg K

PYRETHRIN – PIPERONYL BUTOXIDE CD

Gel. CF 1 oz K

PYRIDOSTIGMINE BROMIDE

Tab. 60 mg K

PYRIMETHAMINE

Tab. 25 mg K

PYRIMETHAMINE – SULFADOXINE CD

Tab. CF K

PYRITHION ZINC

Cream Shampoo 1.5% 70 g K

QUETIAPINE L

QUINAGOLIDE

Tab. 25 mcg L

Tab. 50 mcg L

Tab. 75 mcg L

Tab. 150 mcg L

QUINIDINE BISULPHATE

Tab. 250 mg K

QUINIDINE GLUCONATE

Inj. 80 mg/1 ml 10 ml D

QUINIDINE SULPHATE

Tab. 200 mg K

QUININE SULPHATE

Tab. 300 mg K

RABIES VACCINE

Inj. 2.5 ml B

RALOXIFENE

Tab. 60 mg L

RALTEGRAVIR L

RAMIPRIL

Cap. 1.25 mg L

Cap. 2.5 mg L

Cap. 5 mg L

RAMIPRIL + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD

Tab. CF L

RANITIDINE

Inj. 50 mg/2 ml D

Tab. 150 mg K

Tab. 300 mg K

RASAGILINE L

REBOXETINE

Tab. 4 mg L

RECTOZORIN CD

Supp. CF K

Ung. CF 50 g K

REFRESH CD

Col. CF L

REFRIGERANS CD

Crm. KF 25 g K

REGORAFENIB L

REKIV CD

Tab. CF K

RENNIE DIGESTIF CD

Tab. CF K

REPAGLINIDE L

RESORCIN – CALAMINE – EUCERIN CD

Ung. KF K

RETIGABINE L

RIBAVIRIN

Cap. 200 mg L

RIFABUTIN

Cap. 150 mg L

RIFAMPICIN [RIFAMPIN]

Cap. 150 mg K

Cap. 300 mg K

Inj. 600 mg D

Syr. 100 mg/5 ml 50 ml K

RIFAXIMIN L

RIKOSPRAY ANTIBIOTIC CD

Spray CF 110 g K

RIKOSPRAY SILICONE CD

Spray CF K

RILPIVIRINE L

RILPIVIRINE + EMTRICITABINE + TENOFOVIR (CD) L

RILUZOLE

Tab. 50 mg L

RISEDRONATE SODIUM

Tab. 5 mg L

RISPERIDONE

Tab. 1 mg L

Tab. 2 mg L

Tab. 3 mg L

Tab. 4 mg L

Inj. 25 mg L

Inj. 37/5 mg L

Inj. 50 mg L

RITODRINE HYDROCHLORIDE

Cap. S.R. 40 mg K

Inj. 50 mg K

Tab. 10 mg K

RITONAVIR

Sol. 80 mg/ml L

Cap. 100 mg L

RITUXIMAB

Inj. 100 mg/10 ml L

Inj. 500 mg/50 ml L

RIVAROXABAN L

RIVASTIGMINE

Cap. 1.5 mg L

Cap. 3 mg L

Cap. 4.5 mg L

Cap. 6 mg L

RIZATRIPTAN

RPD Wafer 5 mg L

RPD Wafer 10 mg L

Tab. 5 mg L

Tab. 10 mg L

ROFLUMILAST L

ROKACET CD

Tab. CF K

ROKACET PLUS CD

Tab. CF 10 K

ROKAL (N) CD

Tab. CF 20 K

ROMIDEPSIN L

ROMIPLOSTIM L

ROPINIROLE HCl

Tab. 0.25 mg L

Tab. 0.5 mg L

Tab. 1.0 mg L

Tab. 2.0 mg L

Tab. 5.0 mg L

ROSIGLITAZONE

Tab. 2 mg L

Tab. 4 mg L

Tab. 8 mg L

ROSUVASTATIN L

ROTAVIRUS (LIVE ATTENUATED HUMAN ROTA VIRUS) L

ROTAVIRUS LIVE, ORAL, PENTAVALENT VACCINE L

ROTER CD

Tab. CF K

ROWATINEX CD

Cap. CF K

Drop. CF 10 ml K

ROXITHROMYCIN

Tab. 50 mg L

Tab. 100 mg L

Tab. 150 mg L

RUBELLA VIRUS VACCINE

Inj. 1000 TCID 50 B

RUFINAMIDE L

RUTIN

Tab. 20 mg K

RUXOLITINIB L

SALBUTAMOL SULPHATE [ALBUTEROL SULPHATE]

Inj. 0.5 mg/1 ml K

Inj. 1 mg/1 ml 5 ml D

Sol. 5 mg/1 ml 20 ml K

Spray 0.1 mg/inh 200 doses K

Syr. 2 mg/5 ml 150 ml K

Tab. 2 mg K

SALICYL – BENZOCAINE CD

Consp. KF K

SALICYL – PHENOL – MENTHOL CD

Sp. KF 50 ml K

SALICYLIC ACID

Sp. 2% 50 ml K

Ung. 10% K

Ung. 15% K

Ung. 2% 14 g K

Ung. 5% K

SALICYLIC ACID – BENZOCAINE CD

Sol. CF 10 ml K

SALICYLIC ACID – LACTIC ACID CD

Gel. CF 8 g K

SALICYLIC ACID – RESORCINOL – CASTOR OIL CD

Sp. KF 50 ml K

SALICYLIC ACID – RESORCINOL CD

Sp. KF 50 ml K

SALICYLIC ACID OIL CD

Ol. 2% 50 ml K

SALMETEROL

Spray 25 mcg/inh 120 doses L

Discus 50 mcg/inhalation L

SALMETEROL + FLUTICASONE CD L

SAPROPTERIN L

SAQUINAVIR

Cap. 200 mg L

SCOPOLAMINE HYDROBROMIDE

Inj. 0.5 mg/1 ml K

SECALCIFEROL [24,25 DIHYDROXYVITAMIN D3]

Cap. 5 mcg L

SELEGILINE HYDROCHLORIDE [L-DEPRENYL]

Tab. 5 mg L

SELENIUM SULPHIDE

Susp. 2.5% 100 ml K

SENNA

Fol. 10 sachets K

SENNOSIDES A&B

Sol. 150 mg/75 ml K

Tab. 12 mg K

SERTINDOLE L

SERTRALINE L

SEVELAMER

Cap. 403 mg L

SEVOFLURANE

Liq. L

SILAIN GEL CD

Chew tab. CF K

Liq. CF 200 ml K

SILDENAFIL L

SILVER NITRATE

Pen. K

SILVER SULPHADIAZINE

Crm. 1% 100 g K

Crm. 1% 400 g K

SILVER SULPHADIAZINE – CERIUM NITRATE CD

Crm. CF 500 GM D

SIMVASTATIN

Tab. 10 mg 30 L

Tab. 20 mg 30 L

Tab. 5 mg L

Tab. 40 mg L

SIROLIMUS L

SODIUM AUROTHIOGLUCOSE

Inj. 50 mg/1 ml 10 ml K

SODIUM AUROTHIOMALATE

Inj. 20 mg K

Inj. 50 mg K

SODIUM BICARBONATE

Inj. 7.5% 50 ml D

Inj. 8.4% 50 ml D

Powd. 100% 150 g K

Tab. 500 mg K

SODIUM CELLULOSE PHOSPHATE

Powd. 4.7 g K

SODIUM CHLORIDE

Col. 0.9% 8 ml K

Sol. 0.9% 8 ml K

SODIUM CHLORIDE, HYPERTONIC L

SODIUM CHLORIDE INJECTION

Inj. 0.9% 10 ml K

Inj. 0.9% 1000 ml K

Inj. 0.9% 20 ml K

Inj. 0.9% 5 ml K

Inj. 0.9% 500 ml K

SODIUM CHLORIDE OINTMENT CD

Ung. 10% K

SODIUM CROMOGLYCATE [CROMOLYN SODIUM]

Col. 2% 13.5 ml K

Nas. spray 2% K

Oc. 4% 5 mg K

Sol. 20 mg/2 ml K

Spincap. 20 mg K

Spray 1 mg/inh 200 doses K

SODIUM DICHLOROISOCYANURATE [SODIUM TROCLOSENE]

Tab. 2.5 g K

SODIUM FLUORIDE

Loz. 2.2 mg K

Tab. 0.5 mg K

Tab. 20 mg K

Tab. 5 mg K

SODIUM FUSIDATE

Inj. I.V. 500 mg D

Tab. 250 mg K

Ung. 2% L

SODIUM NITROPRUSSIDE

Inj. 50 mg D

SODIUM PHENYLBUTYRATE L

SODIUM PICOSULPHATE – MAGNESIUM CITRATE CD

Sachet CF 16.1 g K

SODIUM POLYSTYREN SULPHONATE

Powd. 454 g K

SODIUM STIBOGLUCONATE

Inj. 10% 100 ml K

SODIUM TETRADECYL SULPHATE

Inj. 1% 2 ml K

Inj. 3% 2 ml K

SODIUM THIOSULPHATE

Sol. 10% K

Sol. 20% K

SODIUM VALPROATE

ECtab. 200 mg K

ECtab. 200 mg K

Sol. 200 mg/1 ml 50 ml K

Syr. 200 mg/5 ml 100 ml K

Syr. 200 mg/5 ml 110 ml K

SOFFODEX CD

Sol. CF L

SOFT SOAP [SAPO MOLLIS, SAPO VIRIDIS]

Soap K

Sp. 65% K

SOLIFENACIN L

SOLUVIT-N CD

Sol. for inf. CF H

SOMATROPIN (RECOMBINANT HUMAN GROWTH HORMONE)

Inj. 12 IU L

Inj. 4 IU L

Inj. 5 mg/1.5 ml L

Inj. 10 mg/1.5 ml L

Inj. 15 mg/1.5 ml L

SORAFENIB L

SOTALOL

Tab. 80 mg L

Tab. 160 mg L

SOYA PROTEIN

Liq. CF 4 oz K

Liq. CF 960 ml K

Powd. CF 400 g K

Powd. CF 450 g K

Powd. CF 60/40 400 g K

Powd. CF iron 450 g K

SPIRONOLACTONE

Tab. 100 mg K

Tab. 25 mg K

SPASMALGIN CD

Tab. CF L

STARCH [AMYLUM]

Powd. K

STAVUDINE

Cap. 15 mg L

Cap. 20 mg L

Cap. 30 mg L

Cap. 40 mg L

STILBOESTROL DIPHOSPHATE

Tab. 100 mg K

STILBOESTROL [DIETHYLSTILBESTROL]

Tab. 1 mg K

STREPTOKINASE

Inj. 1,500,000 IU H

Inj. 250,000 IU H

Inj. 750,000 IU H

STREPTOMYCIN SULPHATE

Inj. 1 g K

STREPTOZOCIN

Inj. 1 g L

STRESSTABS 600 WITH ZINC CD

Tab. CF 30 K

STRONTIUM

Inj. 150 MBq/4 ml L

STRONTIUM RANELATE L

SUCRALFATE

Tab. 1 g K

SULPHACETAMIDE SODIUM

Col. 10% 8 ml K

Col. 20% 8 ml K

Col. 30% 8 ml K

SULPHASALAZINE

ECtab. 500 mg K

Enema 3 g/100 ml K

Tab. 500 mg K

SULPHINPYRAZONE

Tab. 100 mg K

SULPHUR – SALICYLIC ACID CD

Ung. KF K

Ung. KF 14 g K

SULPHUR COLLOIDAL CD

Susp. CF K

SULPIRIDE

Cap. 50 mg K

Inj. 100mg/2 ml K

Tab. 200 mg K

SULTHIAME

Tab. 200 mg K

SULTRIN CD

Crm. CF 78 g K

SUMATRIPTAN

Inj. 6 mg/0.5 ml L

Tab. 100 mg L

SUNITINIB L

SUPRADYN N CD

Tab. CF 30 K

Tab. efferv. CF 30 K

SUXAMETHONIUM CHLORIDE

Inj. 100 mg/2 ml D

SYNTOMETRINE CD

Inj. CF D

TACROLIMUS

Inj. 5 mg/ml L

Cap. 1 mg L

Cap. 5 mg L

TACROLIMUS CREAM L

TACROLIMUS OINTMENT L

TADALAFIL L

TALC

Powd. 100 g K

TALIGLUCERASE L

TAMOXIFEN CITRATE

Tab. 10 mg K

Tab. 20 mg K

TAMSULOSIN L

TARTARIC ACID

Sol. 3% K

TEARS NATURALE CD

Col. CF L

TELAPRAVIR L

TELBIVUDINE L

TEMOZOLOMIDE

Tab. 5 mg L

Tab. 20 mg L

Tab. 100 mg L

Tab. 250 mg L

TEMSIROLIMUS L

TENIPOSIDE

Inj. 50 mg/5 ml D

TENOFOVIR DISOPROXIL L

TENOFOVIR + EMTRICITABINE (CD) (CF) L

TENOFOVIR + EMTRICITABINE + EFAVIRENZ CD L

TERAZOSIN HCl

Tab. 1 mg L

Tab. 2 mg L

Tab. 5 mg L

Tab. 10 mg L

TERBUTALINE SULPHATE

Elix. 1.5 mg/5 ml 115 ml K

Sol. 10 mg/1 ml 15 ml K

Spray 0.25 mg/inh 400 doses K

Tab. 2.5 mg K

Tab. S.R. 5 mg K

Tab. S.R. 7.5 mg K

TERFENADINE

Syr. 30 mg/5 ml 120 ml K

Tab. 120 mg K

Tab. 60 mg K

TERIFLUNOMIDE L

TERIPARATIDE L

TESTOSTERONE ENANTHATE – TESTOSTERONE PROPIONATE CD

Inj. 250 mg/1 ml K

TETANUS IMMUNE GLOBULIN

Inj. 250 U/1 ml K

TETANUS TOXOID

Inj. 10 lf/1 ml 5 ml K

TETRABENAZINE L

TETRACOSACTRIN [COSYNTROPIN]

Inj. 0.25 mg/1 ml K

Inj. 0.25 mg/1 ml 2 ml K

Inj. 1 mg/1 ml K

TETRACYCLINE HYDROCHLORIDE

Cap. 250 mg K

Oc. 1% 3.5 g K

Ung. 3% 14 g K

TETRAHYDROZOLINE HYDROCHLORIDE

Col. 0.05% 8 ml K

THALIDOMIDE L

THEOPHYLLINE

Cap. S.R. 100 mg K

Cap. S.R. 200 mg K

Cap. S.R. 300 mg K

Cap. S.R. 50 mg K

Cap. S.R. 75 mg K

Inj. 0.8 mg/1 ml 500 ml D

Inj. 1.6 mg/1 ml 500 ml D

Inj. 2 mg/1 ml 100 ml D

Tab. S.R. 100 mg K

Tab. S.R. 200 mg K

Tab. S.R. 300 mg K

THEOPHYLLINE SODIUM GLYCINATE

Tab. 250 mg K

THIAMINE HYDROCHLORIDE

Inj. 100 mg/2 ml K

Tab. 100 mg K

THIOGUANINE

Tab. 40 mg K

THIOPENTONE SODIUM

Inj. 1 g D

Inj. 500 mg D

THIORIDAZINE HYDROCHLORIDE

Tab. 10 mg K

Tab. 100 mg K

Tab. 25 mg K

THIOTEPA

Inj. 15 mg K

THROMBIN, DRIED (HUMAN)

Inj. 5000 U/vial D

THROMBIN, TOPICAL (BOVINE)

Powd. 1000 U/vial K

THYME EXTRACT

Syr. 10% 100 ml K

THYROTROPHIN [TSH]

Inj. 10 U K

THYROTROPIN ALFA L

THYROXINE SODIUM [LEVOTHYROXINE SODIUM]

Tab. 100 mcg K

Tab. 50 mcg K

TIAPRIDE HYDROCHLORIDE

Tab. 100 mg K

TICAGRELOR L

TICLOPIDINE HYDROCHLORIDE

Tab. 250 mg 30 L

TIMOLOL MALEATE

Col. 0.25% 5 ml K

Col. 0.5% 5 ml K

TIMOLOL + BRIMONIDINE L

TINIDAZOLE TIOTROPIUM L

TINIDAZOLE

Tab. 500 mg L

TIROFIBAN

Inj. 0.05 mg/ml L

Inj. 0.25 mg/ml L

TOBRAMYCIN SULPHATE

Inj. 20 mg/2 ml D

Inj. 80 mg/2 ml D

TOCILIZUMAB L

TOFACITINIB L

TOLAZOLINE HYDROCHLORIDE

Inj. 25 mg/1 ml 4 ml K

TOLBUTAMIDE

Tab. 500 mg K

TOLNAFTATE

Crm. 1% 10 g K

Sol. 1% 10 ml K

TOLTERODINE L

TOPIRAMATE

Tab. 25 mg L

Tab. 50 mg L

Tab. 100 mg L

Tab. 200 mg L

Tab. 300 mg L

Tab. 400 mg L

Sprinkle Cap. 15 mg L

Sprinkle Cap. 25 mg L

Sprinkle Cap. 50 mg L

TOPOTECAN

Inj. 4 mg L

TRABECTEDIN L

TRAMADOL

Tab. 100 mg L

Drop. 100 mg/ml L

Cap. 50 mg L

TRANEXAMIC ACID

Inj. 500 mg/5 ml D

Tab. 500 mg K

TRASTUZUMAB

Inj. 440 mg L

TRASTUZUMAB EMTANSINE L

TRAVOPROST L

TRAVOPROST + TIMOLOL (CD) L

TRAZODONE HYDROCHLORIDE

Tab. 100 mg K

Tab. 50 mg K

TREPROSTINIL SODIUM

Sol. for inj. 1 mg/ml L

Sol. for inj. 2.5 mg/ml L

Sol. for inj. 5 mg/ml L

TRETINOIN

Crm. 0.05% 20 g L

Lot. 0.05% 50 ml L

Cap. 10 mg L

TRIAMCINOLONE

Tab. 4 mg K

TRIAMCINOLONE – LIGNOCAINE CD

Past. CF 5 g K

TRIAMCINOLONE – LIGNOCAINE CD

Past. CF 5 g K

TRIAMCINOLONE – NEOMYCIN – NYSTATIN – GRAMICIDIN CD

Crm. CF 15 g K

Crm. CF 5 g K

Ung. CF 15 g K

Ung. CF 5 g K

TRIAMCINOLONE ACETONIDE

Inj. 40 mg/1 ml K

Inj. 50 mg/5 ml K

Past. 0.1% 5 g K

TRIBENOSIDE – LIGNOCAINE CD

Crm. CF 30 g K

Supp. CF 10 K

TRICHLOROACETIC ACID

Crys. K

TRICLOFOS SODIUM

Syr. 500 mg/5 ml 110 ml K

TRIFLUOPERAZINE HYDROCHLORIDE

Tab. 100 mg K

Tab. 100 mg D

Tab. 5 mg K

TRIGLYCERIDES MEDIUM CHAIN

Ol. K

TRIMETREXATE

Inj. 12.5 mg/ml L

TRINORDIOL CD

Tab. CF 28 K

TRINOVUM CD

Tab. CF 21 K

TRIPOTASSIUM DICITRATOBISMUTHATE [BISMUTH SUBCITRATE]

Tab. 120 mg K

TRIPTORELIN (D-TRP6-LHRH)

Inj. 0.1 mg/1 ml L

Inj. 0.5 mg/1 ml L

Inj. 3.75 mg/1 ml L

Inj. 11.25 mg L

TRISEQUENS CD

Tab. CF K

TRISEQUENS FORTE CD

Tab. CF K

TROMANTADINE HYDROCHLORIDE

Crm. 1% 10 g K

TROPICAMIDE

Col. 0.5% 10 ml K

TROSPIUM CHLORIDE L

TROXERUTIN

Cap. 300 mg K

TROXIDONE [TRIMETHADIONE]

Cap. 300 mg K

TUBOCURARINE CHLORIDE

Inj. 15 mg/1.5 ml D

UFT CD

Cap. CF L

UMECLIDINIUM L

UMECLIDINIUM + VILANTEROL (CD) L

UNDECENOIC ACID – ZINC UNDECENOATE CD

Consp. CF 80 g K

Ung. KF 25 g K

UNGUENTOLAN CD

Ung. KF 25 g K

UREA

Crm. 10% 50 g K

Ung. 10% 1 Kg K

URGENIN CD

Drop. CF 100 ml K

Tab. CF K

UROFOLLITROPHIN [FSH]

Inj. 75 U L

UROKINASE

Inj. 100,000 U H

Inj. 25,000 IU H

Inj. 5,000 IU H

Inj. 500,000 U H

URSODEOXYCHOLIC ACID

Tab. 100 mg K

USTEKINUMAB L

UVA + UVB SUN PROTECTION CD K

VALACYCLOVIR L

V-CENTRUM CD

Tab. CF K

VALERIAN

Tinct. KF 10 ml K

VALGANCICLOVIR L

VALPROATE SODIUM

Inj. 300 mg/3 ml L

VALPROIC ACID

Cap. 200 mg K

VALSARTAN

Cap. 80 mg L

Cap. 160 mg L

VALSARTAN + HYDROCHLOROTHIAZIDE CD

Tab. CF L

VAMIN 14 ELECTROLYTE FREE CD

Inj. CF D

VAMIN 14 WITH ELECTROLYTES CD

Inj. CF D

VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE

Inj. 500 mg D

VANDETANIB L

VARDENAFIL L

VARENICLINE L

VARICELLA ZOSTER IMMUNE GLOBULIN

Inj. 125 U/2.5 ml K

VECURONIUM BROMIDE

Inj. 4 mg D

VEDULIZUMAB L

VEG. FAT EMULSION (MCT/LCT) CD

Inj. 10% 500 ml D

Inj. 20% 100 ml D

Inj. 20% 500 ml D

VEG. FAT EMULSION (SOYA) CD

Inj. 10% 100 ml D

Inj. 10% 500 ml D

Inj. 20% 100 ml D

Inj. 20% 500 ml D

VELAGLUCERASE ALFA L

VEMURAFENIB L

VENLAFAXINE

Tab. 37.5 mg L

Tab. 75 mg L

VENOM EXTRACT (BEE & VESPULA)

Inj. 0.1 ml L

VERAPAMIL HYDROCHLORIDE

Inj. 5 mg/2 ml K

Tab. 120 mg K

Tab. 40 mg K

Tab. 80 mg K

Tab. S.R. 240 mg K

VERTEPORFIN

Inj. 15 mg L

VIDARABINE MONOHYDRATE

Inj. 200 mg/1 ml 5 ml DL

Oc. 3% 3.5 g K

VIGABATRIN

Tab. 500 mg L

VILANTEROL + FLUTICASONE (CD) L

VINBLASTINE SULPHATE

Inj. 10 mg D

VINCRISTINE SULPHATE

Inj. 1 mg D

Inj. 5 mg D

VINORELBINE

Inj. 10 mg/ml L

VISCOTEARS CD

Liq. Gel CF L

VISMODEGIB L

VITAMIN A

Oc. KF K

VITAMIN A ACETATE

Drop. 15,000 U/1 ml 10 ml K

VITAMIN A PALMITATE

Tab. 50,000 U K

VITAMIN A+D CD

Drop. CF K

Drop. KF K

VITAMIN B COMPLEX CD

Tab. CF K

VITAMIN E [ALPHA TOCOPHEROL]

Tab. 100 mg K

Tab. 200 mg K

VITAMULT CD

Syr. CF 110 ml K

VIVONEX CD

Powd. CF K

VORICONAZOLE L

WARFARIN SODIUM

Tab. 5 mg K

Tab. 1 mg L

Tab. 2 mg L

Tab. 2.5 mg L

WHITE SOFT PARAFFIN [VASELINUM ALBUM]

Ung. 200 g K

Ung. 25 g K

XANTHINOL NICOTINATE

Tab. 150 mg K

Tab. 300 mg K

XYLOMETAZOLINE HYDROCHLORIDE

Gel. 0.1% 10 g K

Narist. 0.05% 10 ml K

Narist. 0.1% 10 ml K

YELLOW FEVER VACCINE

Inj. 0.5 ml B

YTTRIUM

Inj. 370 MBq L

Inj. 925 MBq L

YTTRIUM (90 Y) CHLORIDE L

ZAFIRLUKAST

Tab. 20 mg L

ZALCITABINE

Tab. 0.375 mg L

Tab. 0.75 mg L

ZIDOVUDINE

Cap. 100 mg L

Cap. 250 mg L

Inj. 20 mg/ml 10 ml L

ZINC – COPPER – MANGANESE – CHROMIUM CD

Inj. CF D

Inj. CF 5 ml D

ZINC OXIDE – CALAMINE OIL CD

Ol. KF 100 ml K

ZINC OXIDE – COD LIVER OIL PASTE CD

Past. KF 20 g K

ZINC OXIDE – MENTHOL LOTION CD

Lot. KF 100 ml K

ZINC OXIDE – SULPHUR LOTION CD

Lot. 10% 100 ml K

Lot. 5% K

ZINC OXIDE LOTION CD

Lot. KF 100 ml K

ZINC OXIDE PASTE CD

Past. KF 25 g K

ZINC SULPHATE

Tab. 220 mg K

ZIPRASIDONE L

ZOLEDRONIC ACID

Pwd. For infusion 4 mg L

Conc. for infusion 4 mg L

ZOLMITRIPTAN

Tab. 2.5 mg L

Tab. 5 mg L

ZOLPIDEM

Tab. 10 mg L

ZOPICLONE

Tab. 3.75 mg L

Tab. 7.5 mg L

ZUCLOPENTHIXOL ACETATE

Inj. 100 mg/2 ml DL

Inj. 50 mg/1 ml DL

ZUCLOPENTHIXOL DECANOATE

Inj. 200 mg/1 ml DL

Inj. 500 mg/1 ml DL

ZUCLOPENTHIXOL DIHYDROCHLORIDE

Drop. 20 mg/1 ml 25 ml L

Inj. 10 mg/1 ml DL

Tab. 10 mg L

Tab. 2 mg L

Tab. 25 mg L

**נספח**

צו תשנ"ז-1997

צו תשס"ב-2001

צו תשס"ג-2002

(1) הוראות לשימוש בתרופות GLATIRAMER ACETATE או INTERFERON BETA או DIMETHYL FUMARATE או TERIFLUNOMIDE (להלן בפסקה זו – התרופות) –

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ה-2015

(א) התרופות יינתנו לטיפול במקרים האלה:

(1) בטרשת נפוצה, ובהתקיים כל התנאים האלה:

(א) החולה מאובחן כסובל מטרשת נפוצה מסוג נסיגה נשנית (relapsing remitting) בלבד;

(ב) למחלה ניתנה אבחנה קלינית מוגדרת (clinically definite) או אבחנה הנתמכת בבדיקת מעבדה (laboratory supported definite);

(ג) החולה בעל כושר תנועה ואינו זקוק לתמיכה קבועה לצורכי ניידות (5.5>EDSS);

(ד) החולה סבל פעמיים לפחות מהתלקחות של המחלה בשנתיים שקדמו לתחילת הטיפול;

(ב) מתן כל אחת מהתרופות ייעשה לפי מרשם של מנהל מחלקה נוירולוגית בבית חולים ציבורי, סגנו או הרופא הבכיר האחראי על המחלקה באותה עת;

(ג) התרופות לא יינתנו בו-זמנית לחולה;

(ד) הטיפול בכל אחת מהתרופות יופסק לאחר שנה מתחילת הטיפול בה, בהתקיים אחד מאלה:

(1) החולה מראה סימני החמרה מתמדת, תוך כדי הטיפול ועל אף הטיפול בתרופה;

(2) החולה קיבל שלוש סדרות של טיפול בסטרואידים במהלך אותה השנה בשל התלקחות המחלה, על אף הטיפול בתרופה כאמור; לעניין פסקה זו, "התלקחות" – הופעת סימנים קליניים חדשים או החמרה של סימנים שהיו בעבר, הנמשכת 24 שעות לפחות, בלא חום, ולאחר תקופת יציבות או שיפור בסימנים שנמשכה 30 ימים לפחות;

(2) בחולה שחווה מאורע דמיאלינטיבי ראשון (להלן – התקף) החשוד לטרשת נפוצה – CIS (Clinically Isolated Syndrome) והעונה על כל אלה:

(א) אחד מאלה:

(1) בבדיקת MRI נמצאו תשעה נגעים או יותר ב-T2;

(2) בבדיקת MRI נמצא לפחות נגע אחד העובר האדרה בגדוליניום;

(ב) אחד מאלה:

(1) החולה סובל מהתקף המערב מסילות מוטוריות – צרבלריות או פירמידליות (Efferent);

(2) החולה סובל מהתקף קשה;

(3) החולה חווה החלמה חלקית או לקויה מההתקף;

(4) החולה חווה התקף מולטי פוקאלי;

(5) החולה סובל מליקוי קוגניטיבי בשל ההתקף;

(2) (א) הוראות לשימוש בתרופות ABIRATERONE, AFATINIB, ALDESLEUKIN, ALPHARADINE (RADIUM-223 CHLORIDE), ALTRETAMINE, AMIFOSTINE, ANASTROZOLE, ARSENIC TRIOXIDE, AXITINIB, AZACITIDINE, BENDAMUSTINE, BEVACIZUMAB, BICALUTAMIDE, BORTEZOMIB, BRENTUXIMAB, CABAZITAXEL, CAPECITABINE, CARFILZOMIB, CERITINIB, CETUXIMAB, CLADRIBINE, CLODRONATE, CLOFARABINE, CRIZOTINIB, DABRAFENIB, DASATINIB, DECITABINE, DEGARELIX, DEXRAZOXANE, DOCETAXEL, DOXORUBICIN LYPOSOMAL, EPIRUBICINE, ERLOTINIB, ESTRAMUSTINE, EXEMESTANE, FLUDARABINE, FLUTAMIDE, FORMESTANE, FULVESTRANT, GEFITINIB, GEMCITABINE, GEMTUZUMAB OZOGAMICIN, IBRITUMUMAB TIUXETAN, IBRUTINIB, IDARUBICINE, IMATINIB MESYLATE, IPILIMUMAB, IRINOTECAN, LAPATINIB, LENALIDOMIDE, LENOGRASTIM, LETROZOLE, MIFAMURTIDE, NELARABINE, NILOTINIB, NIVOLUMAB, OBINUTUZUMAB, OFATUMUMAB, OXALIPLATIN, PACLITAXEL, PANITUMUMAB, PAZOPANIB, PEMBROLIZUMAB, PEMETREXED, PERTUZUMAB, POMALIDOMIDE, PONATINIB, PRALATREXATE, REGORAFENIB, RITUXIMAB, ROMIDEPSIN, SORAFENIB, STREPTOZOCIN, SUNITINIB, TEMOZOLOMIDE, TEMSIROLIMUS, TOPOTECAN, TRABECTEDIN, TRASTUZUMAB, TRASTUZUMAB EMTANSINE, TRETINOIN, TRIMETREXATE, UFT CD, VANDETANIB, VEMURAFENIB, VINORELBINE, VISMODEGIB, YTTRIUM CHLORIDE;

צו תשע"ה-2015

צו תשע"ו-2015

1. התרופה ALDESLEUKIN תינתן לטיפול בקרצינומה כלייתית ובמלנומה ממאירה מפושטת.

2. התרופה ALTRETAMINE תינתן לטיפול בסרטן השחלה.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

3. התרופה AMIFOSTINE תינתן לטיפול ברעילות כלייתית הנגרמת מציספלטין.

4. התרופה ANASTROZOLE תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשס"ו-2006

צו תשס"ח-2007

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) סרטן שד מתקדם בחולות פוסט מנופאוזליות גם כקו טיפול ראשון;

צו תש"ע-2009

(2) טיפול משלים (adjuvant) בסרטן שד בשלב מחלה מוקדם בנשים פוסט-מנופאוזליות בעלות קולטנים לאסטרוגן;

צו תשע"ד-2013

(3) טיפול משלים מוארך (extended adjuvant) בסרטן שד בשלב מחלה מוקדם בנשים פוסט-מנופאוזליות אשר השלימו 5 שנות טיפול משלים הורמונלי; משך הטיפול במסגרת זו לא יעלה על שנתיים וחצי;

צו תשע"ד-2013

(4) משך הטיפול המשלים (adjuvant) והמשלים המוארך (extended adjuvant) כאמור בפסקאות משנה (2) ו-(3), לא יעלה על –

צו תשע"ד-2013

(א) חמש שנים בנשים המטופלות במעכבי ארומטאז בלבד;

(ב) שבע שנים וחצי בנשים המטופלות ב-Tamoxifen ומעכבי ארומטאז, ובלבד שהטיפול במעכבי ארומטאז לא יעלה על 5 שנים.

5. התרופה BICALUTAMIDE תינתן:

צו תשס"ב-2001

(1) לטיפול בסרטן מתקדם בבלוטת הערמונית בשילוב עם אנלוג LHRH או בשילוב עם סירוס כירורגי;

(2) לטיפול בסרטן מתקדם מקומית בבלוטת הערמונית שאיננו גרורתי בחולים לגביהם סירוס כירורגי או התערבות רפואית אחרת אינה מתאימה או מקובלת.

5א. התרופה CAPECITABINE תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשס"ג-2002

(1) טיפול בחולות הסובלות מסרטן שד גרורתי ונמצאות במצב קליני ותפקודי פעיל ויציב לאחר מיצוי האפשרויות הטיפוליות בתכשירים מקבוצת הטאקסאנים ומקבוצת האנתראציקלינים או מאחת הקבוצות האמורות;

צו תשס"ד-2004

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(2) טיפול בסרטן גרורתי של המעי הגס;

(3) טיפול משלים לאחר ניתוח בסרטן מעי גס שלב III (Duke’s stage C);

צו תשס"ח-2007

(3) טיפול באדנוקרצינומה גרורתית של הקיבה או ה-gastroesophageal junction בחולים אשר קיימת אצלם עדות להימצאות HER-2 חיובי ברמה של 3+ בבדיקה אימונוהיסטוכימית (IHC) או בדיקת FISH חיובית כאשר הבדיקה האימונוהיסטוכימית היא ברמה של 2+ (כפי שייקבע בבדיקה כמותית);

צו תשע"א-2011

6. התרופה CLADRIBINE תינתן לטיפול בלוקמיה מסוג hairy cell.

7. התרופה CLODRONATE תינתן לטיפול בהיפרקלצמיה על רקע ממאירות ובאוסטיאוליזיס על רקע ממאירות.

8. התרופה DEXRAZOXANE תינתן לטיפול מניעתי ברעילות לבבית הנגרמת מטיפול כימותרפי.

צו תשס"ח-2007

9. התרופות DOCETAXEL ו-PACLITAXEL יינתנו לטיפול בסרטן ובהתאם לכללים האלה:

צו תשע"ד-2013

(א) הטיפול בתרופה DOCETAXEL יינתן -

(1) לטיפול בסרטן ריאה מתקדם מסוג non small cell;

(2) לטיפול בסרטן שד גרורתי כקו טיפול ראשון או לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו;

צו תשע"ג-2012

(3) לטיפול בסרטן שחלה גרורתי, לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו;

(4) לטיפול בסרטן ערמונית גרורתי העמיד לטיפול הורמונלי;

צו תשס"ח-2007

(5) לטיפול משלים (adjuvant) בסרטן שד עם בלוטות חיוביות או שליליות בסיכון גבוה בחולים המבטאים HER2 ביתר;

צו תש"ע-2009

צו תשע"ג-2012

(6) לטיפול ניאו אדג'ובנטי (neo adjuvant) בסרטן ראש צוואר מתקדם-מקומי בלתי נתיח מסוג תאים קשקשיים (squamous cell carcinoma);

צו תש"ע-2009

(7) לטיפול משלים בסרטן שד נתיח עם בלוטות חיוביות.

צו תשע"ג-2012

(ב) הטיפול בתרופה PACLITAXEL יינתן -

(1) לטיפול בסרטן שד גרורתי לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו;

צו תשס"ו-2006

(2) לטיפול בסרטן שחלה מתקדם;

צו תשס"ד-2004

(3) לטיפול בסרטן ריאה מתקדם מסוג non small cell;

(4) לטיפול בסרטן שד מתקדם, כטיפול משלים, במקביל לטיפול ב-DOXORUBICIN;

צו תשס"ב-2001

צו תשס"ד-2004

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(5) לטיפול בסרקומה על שם קפוסי בחולי AIDS.

צו תש"ע-2009

(ג) חולה שטופל באחת התרופות DOCETAXEL או PACLITAXEL, לא יהיה זכאי לטיפול בתרופה האחרת, אלא לאחר רמיסיה בת שישה חודשים לפחות.

(ד) האמור בסעיף קטן (ג) לא יחול על טיפול באחת התרופות האמורות הניתן לסרטן שד גרורתי בשילוב עם התרופה TRASTUZUMAB.

10. התרופה EPIRUBICINE תינתן לטיפול בקרצינומה בשד, קרצינומה בריאה, קרצינומה בשחלה, קרצינומות בקיבה, סרקומה של רקמות רכות, וקרצינומה שטחית של שלפוחית השתן.

11. התרופה ESTRAMUSTINE תינתן לטיפול בסרטן הערמונית.

11א. התרופה EXEMESTANE תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשס"ח-2007

(1) סרטן שד מתקדם בחולות פוסט מנופאוזליות, גם כקו טיפול ראשון;

צו תש"ע-2009

(2) טיפול משלים (adjuvant) בסרטן שד בשלב מחלה מוקדם בנשים פוסט-מנופאוזליות בעלות קולטנים לאסטרוגן;

צו תשע"ד-2013

(3) טיפול משלים מוארך (extended adjuvant) בסרטן שד בשלב מחלה מוקדם בנשים פוסט-מנופאוזליות אשר השלימו 5 שנות טיפול משלים הורמונלי; משך הטיפול במסגרת זו לא יעלה על שנתיים וחצי;

צו תשע"ד-2013

(4) משך הטיפול המשלים (adjuvant) והמשלים המוארך (extended adjuvant) כאמור בפסקאות משנה (2) ו-(3) לא יעלה על –

צו תשע"ד-2013

(א) חמש שנים בנשים המטופלות במעכבי ארומטאז בלבד;

(ב) שבע שנים וחצי בנשים המטופלות ב-Tamoxifen ומעכבי ארומטאז, ובלבד שהטיפול במעכבי ארומטאז לא יעלה על 5 שנים.

12. התרופה FLUDARABINE תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשס"ו-2006

(1) טיפול תומך בלוקמיה לימפוציטית כרונית (CLL) שאינה מגיבה לטיפול אחר;

(2) טיפול התחלתי בלוקמיה לימפוציטית כרונית (CLL);

(3) טיפול בלימפומה מסוג Non Hodgkin’s שלב 3 עד 4 בחולים שלא הגיבו לטיפול בתכשיר ממשפחת ה-Alkylating agents או בחולים שמחלתם התקדמה במהלך טיפול או לאחריו;

12א. הוראות למתן התרופה FLUDARABINE TABLETS:

צו תשס"ד-2004

התרופה האמורה תינתן לטיפול בלוקמיה מסוג B-Cell Chronic Lymphocytic leukemia שלא הגיבו לטיפול בתכשיר מסוג alkylating או שמחלתם התקדמה במהלך או לאחר טיפול בתכשיר האמור; התרופה תינתן כמונותרפיה או בשילוב עם תכשירים כימותרפיים אחרים הניתנים במתן פומי בלבד.

13. התרופה FLUTAMIDE תינתן לטיפול בסרטן הערמונית.

14. התרופה FORMESTANE תינתן לטיפול בסרטן השד.

15. התרופה GEMCITABINE תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) סרטן ריאה מתקדם או גרורתי מסוג non small cell;

צו תשס"ד-2004

(2) אדנוקרצינומה מתקדמת או גרורתית של הלבלב או לאחר טיפול ב-5-FU;

צו תשס"ד-2004

(3) סרטן שלפוחית השתן בשלב החודרני;

צו תשס"ב-2001

(4) סרטן שד מקומי חוזר או גרורתי בחולים שמחלתם חזרה לאחר טיפול כימותרפי משלים (Adjuvant) או ניאו אדג'ובנטי (Neo Adjuvant) אשר כלל אנתראציקלין (אלא אם קיימת הוריית נגד לטיפול באנתראציקלינים);

צו תש"ע-2009

(5) סרטן שחלה מתקדם או חוזר.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

16. התרופה IDARUBICINE תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) לוקמיה שאינה לימפוציטית חריפה;

(2) לוקמיה לימפוציטית חריפה.

16א. התרופה IMATINIB MESYLATE תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשס"ג-2002

צו תשס"ו-2006

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) (א) החולה סובל מ-CML בשלב הכרוני עם בדיקה ציטוגנטית חיובית לכרומוסום פילדלפיה;

צו תשס"ד-2004

(ב) החולה סובל מ-CML בשלב הכרוני עם בדיקה מולקולרית חיובית להפרעה Bcr/Abl;

(ג) החולה סובל מ-CML בשלב המתקדם (Accelerated) ובהתקיים אחד מאלה:

(1) שיעור הבלסטים במוח העצם שווה או גבוה מ-5% אך נמוך מ-20%;

(2) שיעור הבלסטים והפרומילוציטים יחד בדם ההיקפי או במוח העצם שווה או גבוה מ-20%;

(3) שיעור הבזופילים בדם ההיקפי או במוח העצם שווה או גבוה מ-20%;

(4) תרומבוציטופניה (פחות מ-100 x 10º/L) שנגרמה שלא כתוצאה מהטיפול בתרופה;

(5) הופעת הפרעות כרומוסומליות נוסף על הכרומוסום פילדלפיה;

(6) החולה סובל מהתקדמות ספלנומגליה;

(ד) החולה סובל מ-CML בשלב הבליסטי (Blast crisis) עם בדיקה ציטוגנטית חיובית לכרומוסום פילדלפיה ובהתקיים אחד מאלה:

(1) שיעור הבלסטים בדם ההיקפי או במוח העצם שווה או גבוה מ-20%;

(2) הופעת מחלה אקסטרא-מדולארית שאינה בטחול, בקשרי לימפה או בכבד;

(ה) חולה בוגר הסובל מגידולים סטרומאלים ממאירים, גרורתיים או בלתי ניתנים להסרה, של מערכת העיכול מסוג Gastrointestinal stromal tumors;

צו תשס"ד-2004

(ו) חולה הסובל מ-ALL עם בדיקה ציטוגנטית חיובית לכרומוסום פילדלפיה;

צו תש"ע-2009

(ז) חולה בוגר הסובל מתסמונת מיאלודיספלסטית (MDS) או מחלה מיאלופרוליפרטיבית (MPD) הקשורה ב-PDGFR gene rearrangements;

צו תש"ע-2009

(ח) חולה בוגר הסובל מתסמונת היפראאוזינופילית (HES);

צו תש"ע-2009

(ט) חולה בוגר הסובל מלוקמיה אאוזינופולית כרונית (CEL);

צו תש"ע-2009

(י) חולה בוגר הסובל ממסטוציטוזיס סיסטמית אגרסיבית (ASM);

צו תש"ע-2009

(יא) חולה בוגר הסובל מ-(Dermatofibrosarcoma protuberans) DFSP;

צו תש"ע-2009

(יב) טיפול משלים בחולה בוגר הסובל מגידול סטרומאלי ממאיר מסוג (CD117) Kit חיובי לאחר הסרה בניתוח, המצוי בסיכון גבוה לחזרת המחלה; משך הטיפול בתכשיר לא יעלה על שלוש שנים;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ג-2012

(2) (נמחקה).

צו תשס"ד-2004

17. התרופה IRINOTECAN תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תש"ע-2009

(1) סרטן מעי גס מתקדם (גם כטיפול ראשון);

(2) סרטן החלחולת, לטיפול בחזרה מקומית של המחלה.

18. התרופה LENOGRASTIM תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) הפחתת נויטרופניה וסיבוכים אחרים בחולים העוברים השתלת מוח עצם או המטופלים בכימותרפיה המלווה ב-febrile neutropenia;

(2) ניוד אוטולוגי של תאי אב היקפיים של תאי דם;

(3) מניעת נויטרופניה על רקע ממאירויות המטולוגיות ובחולים המטופלים בכימותרפיה המדכאת את מח העצם.

צו תש"ע-2009

19. התרופה LETROZOLE תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשס"ו-2006

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) סרטן שד מתקדם בנשים בגיל המעבר וכן אצל נשים שהווסת שלהן הופסקה בצורה מלאכותית, גם כקו טיפול ראשון;

צו תש"ע-2009

(2) טיפול משלים (adjuvant) בסרטן שד בשלב מחלה מוקדם בנשים פוסט-מנופאוזליות בעלות קולטנים לאסטרוגן;

צו תשע"ד-2013

(3) טיפול משלים מוארך (extended adjuvant) בסרטן שד בשלב מחלה מוקדם בנשים פוסט-מנופאוזליות אשר השלימו 5 שנות טיפול משלים הורמונלי; משך הטיפול במסגרת זו לא יעלה על שנתיים וחצי;

צו תשע"ד-2013

(4) משך הטיפול המשלים (adjuvant) והמשלים המוארך (extended adjuvant) כאמור בפסקאות משנה (2) ו-(3), לא יעלה על –

צו תשע"ד-2013

(א) חמש שנים בנשים המטופלות במעכבי ארומטאז בלבד;

(ב) שבע שנים וחצי בנשים המטופלות ב-Tamoxifen ומעכבי ארומטאז, ובלבד שהטיפול במעכבי ארומטאז לא יעלה על 5 שנים.

20. התרופה Rituximab תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשס"ד-2004

(1) לימפומה מסוג B-cell non Hodgkins בדרגה נמוכה (low grade) חוזרת או רפרקטורית;

(2) לימפומה מסוג non Hodgkins אגרסיבית מסוג CD-20 positive diffuse large B-cell;

(3) לימפומה מסוג Non Hodgkins מסוג B פוליקולרית כקו טיפולי ראשון;

צו תשס"ח-2007

(4) לימפומה non Hodgkin's בדרגה נמוכה, כקו טיפולי ראשון;

צו תש"ע-2009

(5) לימפומה מסוג CLL/SLL כקו טיפולי ראשון, בעבור חולים (בלימפומה) שבתחילת מחלתם או במהלך המחלה לרוב ספירת התאים הלבנים הפריפריים היתה תקינה או נמוכה;

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(6) טיפול אחזקה בלימפומה מסוג non Hodgkin's פוליקולרית, במחלה חוזרת או רפרקטורית; משך הטיפול בתכשיר להתוויה זו לא יעלה על שנתיים;

צו תש"ע-2009

(6א) לוקמיה מסוג CLL, כקו טיפול ראשון בעבור חולים המועמדים לטיפול משולב עם כימותרפיה; התכשיר לא ישמש לטיפול אחזקה בחולים כאמור;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(6ב) לוקמיה מסוג CLL, בשילוב עם כימותרפיה, בעבור חולים עם מחלה חוזרת או רפרקטורית; התכשיר לא ישמש לטיפול אחזקה בחולים כאמור;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(6ג) לוקמיה מסוג CLL, בשילוב עם Bendamustine, בעבור חולים עם מחלה חוזרת או רפרקטורית שלא יכולים לקבל משלב כימותרפי המכיל Fludarabine;

צו תשע"ה-2015

התכשיר לא ישמש לטיפול אחזקה בחולים כאמור;

(7) טיפול טיפול אחזקה בלימפומה מסוג non Hodgkin’s פוליקולרית, בחולים שהגיבו לטיפול אינדוקציה; משך הטיפול בתכשיר להתוויה זו לא יעלה על שנתיים;

צו תשע"א-2011

(8) טיפול משולב עם Methotrexate בארתריטיס ראומטואידית שלא הגיבה לטיפול באנטגוניסט ל-TNF אחד לפחות;

צו תשע"ג-2012

מתן התרופה האמורה ייעשה לפי מרשם של מומחה בריאומטולוגיה;

(9) טיפול ב-ANCA associated vasculitis בעבור חולים ב-Wegener's granulomatosis (WG) או Microscopic polyangitis (MPA) העונים על אחד מאלה:

צו תשע"ג-2012

(א) בחולים לאחר מיצוי טיפול בציקלופוספאמיד, לרבות חולים שלא יכולים לקבל טיפול בציקלופוספאמיד;

(ב) בנשים ובגברים בגיל הפוריות, גם כקו טיפול ראשון;

צו תשע"ה-2015

מתן התרופה האמורה ייעשה לפי מרשם של מומחה בריאומטולוגיה או נפרולוגיה;

20א. התרופה PEMETREXED תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תש"ע-2009

(1) מזותליומה;

(2) סרטן ריאה מתקדם או גרורתי מסוג non small cell עם היסטולוגיה שאיננה קשקשית, כקו טיפול ראשון;

(3) סרטן ריאה מתקדם או גרורתי מסוג non small cell כקו טיפולי מתקדם.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

21. התרופה STREPTOZOCIN תינתן לטיפול בסרטן הלבלב.

21א. התרופה TEMOZOLOMIDE תינתן לטיפול במקרים אלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) בחולים הסובלים מגידולים ממאירים של המוח (כגון גליובלסטומה מולטיפורמה או אסטרוציטומה אנפלסטית או אוליגודנדרוגליומה אנאפלסטית) גם כקו טיפול ראשון;

(2) מלנומה ממאירה עם גרורות למערכת העצבית המרכזית.

22. התרופה TOPOTECAN תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) לטיפול בסרטן שחלה גרורתי לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו;

(2) לטיפול בסרטן ריאה מסוג small cell לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו;

(3) סרטן גרורתי של צוואר הרחם בשילוב עם CISPLATIN.

צו תש"ע-2009

23. התרופה TRASTUZUMAB (Herceptin) תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשס"ח-2007

(א) סרטן שד גרורתי ובהתקיים כל התנאים האלה:

(1) התחלת הטיפול תיעשה בהתקיים כל התנאים האלה:

(א) המטופל אובחן כסובל מסרטן שד גרורתי;

(ב) מצבו התפקודי של המטופל מוגדר כסביר עד טוב (בין 0-2) לפי ה-PS (Performance Score);

(ג) קיימת עדות להימצאות HER-2 חיובי ברמה של 3+ בבדיקה אימונוהיסטוכימית (IHC) או בדיקת FISH חיובית כאשר הבדיקה האימונוהיסטוכימית היא ברמה של 2+ (כפי שייקבע בבדיקה כמותית);

(2) המשך הטיפול בתרופה האמורה, לאחר שני חודשי טיפול, יינתן בהתקיים אחד מהתנאים האלה:

(א) תגובה של נסיגה מלאה של המחלה (CR);

(ב) תגובה של נסיגה חלקית של המחלה (PR);

(ג) שיפוט קליני בולט (לפחות דרגה אחת ב-PS);

(ד) שיפור בסימפטומטולוגיה (כגון הפחתה בכאבי עצמות וצריכה מופחתת של משככי כאבים);

(3) על אף האמור בפסקת משנה (2), ייפסק הטיפול בתרופה האמורה לאחר שני חודשי טיפול בהתקיים אחד מאלה:

(א) הופעת גרורות חדשות, למעט גרורות במוח כאתר התקדמות יחידי;

(ב) החמרת המצב הקליני (שייקבע לפי ירידה בדרגות תפקיד לפי PS);

(ג) ראיה לאי-ספיקת לב הולכת ומחמירה;

(ד) הופעת גוש חדש, בבדיקה פיסיקלית;

(ה) קיום ראיה אחרת להתקדמות המחלה;

(4) על אף האמור בפסקת משנה (3), יתאפשר המשך או חידוש הטיפול בתרופה האמורה בחולים שטיפולם בתרופה הופסק או היה אמור להיפסק, בהתקיים אחד או יותר מהתנאים האמורים בפסקת משנה (3), ובלבד שיוחלף הטיפול הכימותרפי הנלווה לטיפול ב-TRASTUZUMAB;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(ב) טיפול משלים בסרטן שד מוקדם לפני או אחרי ניתוח למטופל (מאובחן חדש) המבטא HER-2 ביתר, בהתאם לפסקת משנה (א)(1)(ג):

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) התחלת הטיפול בתכשיר תהיה עד חצי שנה מסיום הטיפול הכימותרפי (המשלים);

(2) משך הטיפול בתכשיר לא יעלה על שנה.

(ג) אדנוקרצינומה גרורתית של הקיבה או ה-gastroesophageal junction, בהתקיים כל התנאים האלה:

צו תשע"א-2011

(1) התחלת הטיפול תיעשה בהתקיים כל התנאים האלה:

(א) המטופל אובחן כסובל מאדנוקרצינומה גרורתית של הקיבה או ה-gastroesophageal junction;

(ב) המטופל טרם קיבל טיפול תרופתי למחלתו הגרורתית;

(ג) מצבו התפקודי של המטופל מוגדר כסביר עד טוב (בין 0-2) לפי ה-PS (Performance Score);

(ד) קיימת עדות להימצאות HER-2 חיובי ברמה של 3+ בבדיקה אימונוהיסטוכימית (IHC) או בדיקת FISH חיובית כאשר הבדיקה האימונוהיסטוכימית היא ברמה של 2+ (כפי שייקבע בבדיקה כמותית);

(2) הטיפול בתרופה האמורה ייפסק לאחר שני חודשי טיפול בהתקיים אחד מאלה:

(א) הופעת גרורות חדשות, למעט גרורות במוח כאתר התקדמות יחידי;

(ב) החמרת המצב הקליני (שייקבע לפי ירידה בדרגות תפקוד לפי PS);

(ג) ראיה לאי-ספיקת לב הולכת ומחמירה;

(ד) קיום ראיה אחרת להתקדמות המחלה.

24. התרופה TRETINOIN תינתן לטיפול בלוקמיה פרו-מילוציטית חריפה.

25. התרופה UFT CD תינתן לטיפול בסרטן המעי הגס.

26. התרופה VINORELBINE תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) סרטן השד;

(2) סרטן ריאה מסוג non small cell.

27. התרופה BEVACIZUMAB תינתן לטיפול במקרים אלה:

צו תשס"ח-2007

(1) בחולי סרטן מעי גס גרורתי, כקו טיפול ראשון או כקו טיפול מתקדם (שני והלאה);

צו תשע"ג-2012

(2) בחולי סרטן המעי הגס שבהם אתר הגידול הראשוני היה בחלחולת, לטיפול בחזרה מקומית של המחלה;

(3) טיפול בגידולי מוח חוזרים מסוג Glioblastoma multiforme לאחר כשל בטיפול קודם ב-TEMOZOLOMIDE;

צו תשע"א-2011

(4) טיפול בסרטן ריאה מסוג (Non small cell) NSCLC מסוג תאים לא קשקשיים, כקו טיפולי ראשון בעבור חולים בשלב מחלה גרורתי (IV) או בשלב IIIB בלתי נתיח (חולים עם תפליט פלאורלי ממאיר);

צו תשע"ג-2012

(5) טיפול קו ראשון בסרטן אפיתליאלי מתקדם (שלבים IIIb, IIIC, IV לפי FIGO) של השחלה, בחולות המצויות בסיכון גבוה לחזרת המחלה – שלבים IIIb ו-IIIc עם מחלה שארית לאחר ניתוח או שלב IV; משך הטיפול לא יעלה על 12 חודשים;

צו תשע"ד-2013

(6) טיפול קו ראשון בסרטן אפיתליאלי מתקדם (שלבים IIIb, IIIC, IV לפי FIGO) של החצוצרות, בחולות המצויות בסיכון גבוה לחזרת המחלה – שלבים IIIb ו-IIIc עם מחלה שארית לאחר ניתוח או שלב IV; משך הטיפול לא יעלה על 12 חודשים;

צו תשע"ד-2013

(7) טיפול קו ראשון בסרטן אפיתליאלי מתקדם (שלבים IIIb, IIIC, IV לפי FIGO) פריטוניאלי ראשוני, בחולות המצויות בסיכון גבוה לחזרת המחלה – שלבים IIIb ו-IIIc עם מחלה שארית לאחר ניתוח או שלב IV; משך הטיפול לא יעלה על 12 חודשים;

צו תשע"ד-2013

(8) טיפול בשילוב עם כימותרפיה במחלה חוזרת (קו שני או שלישי) של סרטן אפיתליאלי של השחלה, עמיד לפלטינום;

צו תשע"ו-2015

(9) טיפול בשילוב עם כימותרפיה במחלה חוזרת (קו שני או שלישי) של סרטן אפיתליאלי של החצוצרות, עמיד לפלטינום;

צו תשע"ו-2015

(10) טיפול בשילוב עם כימותרפיה במחלה חוזרת (קו שני או שלישי) של סרטן אפיתליאלי פריטונאלי ראשוני, עמיד לפלטינום.

צו תשע"ו-2015

28. התרופה OXALIPLATIN תינתן לטיפול במקרים אלה:

צו תשס"ח-2007

(1) טיפול בסרטן מעי גס גרורתי;

(2) טיפול משלים לאחר ניתוח בסרטן מעי גס שלב III (Duke’s stage C);

(3) סרטן החלחולת, לטיפול בחזרה מקומית של המחלה.

צו תש"ע-2009

29. (נמחקה).

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

30. התרופה BORTEZOMIB תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) לחולי מיאלומה נפוצה עמידה או מתקדמת לאחר טיפול קודם אחד לפחות וגם כקו טיפולי ראשון;

צו תשע"א-2011

(2) (נמחקה);

צו תשע"א-2011

(3) צלימפומה מסוג Mantle cell בעבור חולים שמחלתם חזרה (relapsed) לאחר טיפול קודם אחד לפחות.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

31. (נמחקה).

צו תשע"ו-2015

32. התרופה CETUXIMAB תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תש"ע-2009

(1) בשילוב עם הקרנות לטיפול בסרטן ראש צוואר מתקדם מקומי מסוג תאים קשקשיים (Squamous cell carcinoma of the head and neck - SCCHN);

(1א) בשילוב עם כימותרפיה או כתכשיר יחיד לטיפול בסרטן גרורתי או חוזר של הראש והצוואר מסוג תאים קשקשיים (Squamous cell carcinoma of the head and neck);

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1ב) (נמחקה);

צו תשע"ג-2012

(2) בשילוב עם כימותרפיה (IRINOTECAN) לטיפול בסרטן מעי גס גרורתי כקו טיפול ראשון או כקו טיפול מתקדם (שני והלאה), בעבור חולים עם גידולים בלא מוטציה ב-KRAS.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"א-2011

צו תשע"ג-2012

33. התרופה GEMTUZUMAB OZOGAMICIN תינתן לחולי לוקמיה מסוג CD33 positive Acute Myeloid Leukemia (AML) בני 60 שנה ומעלה בחזרה הראשונה של המחלה, שאינם יכולים לקבל טיפול כימותרפי ציטוטוקסי.

צו תשס"ח-2007

34. הוראות למתן התרופות IBRITUMOMAB TIUXETAN, YTTRIUM CHLORIDE [90Y]: התרופות יינתנו כקו טיפול שני בחולי למפומה מסוג CD20+ follicular B-cell Non Hodgkin’s Lymphoma (NHL) לאחר כשל או עמידות לטיפול ב-RITUXIMAB.

צו תשס"ח-2007

35. התרופה ARSENIC TRIOXIDE תינתן לטיפול בחולי לוקמיה מסוג APL (Acute promyelocytic leukemia) הרפרקטורים או אשר מחלתם חזרה לאחר טיפול ברטינואידים וכימותרפיה מבוססת אנתראציקלינים ואשר מחלתם מאופיינת על ידי נוכחות טרנסלוקציה של ביטוי הגן PML/RAR alpha.

צו תש"ע-2009

36. התרופה AZACITIDINE תינתן לטיפול בתסמונות מיאלודיספלסטיות.

צו תש"ע-2009

37. התרופה CLOFARABINE תינתן לטיפול בלוקמיה מסוג Acute Lymphocytic Leukemia (ALL) בילדים ובמבוגרים העונים על כל אלה:

צו תש"ע-2009

(1) מחלתם חזרה או שהם רפרקטורים לאחר שני טיפולים קודמים לפחות;

(2) מועמדים להשתלת מוח עצם אלוגנאית.

38. הוראות לשימוש בתרופה DASATINIB;

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) לוקמיה מיאלואידית כרונית (CML) בשלב הכרוני, המואץ או הבלסטי (לימפואידי או מיאלואידי), בחולה בוגר שפיתח עמידות או שגילה חוסר סבילות לטיפול ב-IMATINIB;

(2) החולה סובל מ-CML בשלב הכרוני עם בדיקה ציטוגנטית חיובית לכרומוסום פילדלפיה;

(3) לוקמיה לימפובלסטית חריפה (ALL) עם בדיקה ציטוגנטית חיובית לכרומוסום פילדלפיה; בחולה בוגר שפיתח עמידות או שגילה חוסר סבילות לטיפול ב-IMATINIB.

39. התרופה DECITABINE תינתן לטיפול בתסמונות מיאלודיספלסטיות.

צו תש"ע-2009

40. התרופה (Doxil) DOXORUBICIN, LYPOSOMAL תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תש"ע-2009

(1) סרטן שחלה גרורתי לאחר מיצוי הטיפול ב-PACLITAXEL וכימותרפיה המבוססת על פלטינום;

(2) קרצינומה פפילרית של הפריטוניאום (Serous papillary peritoneal carcinoma) לאחר מיצוי הטיפול ב-PACLITAXEL וכימורתפיה המבוססת על פלטינום;

(3) קרצינומה פפילרית של רירית הרחם (Serous papillary endometrial carcinoma) לאחר מיצוי הטיפול ב-PACLITAXEL וכימותרפיה המבוססת על פלטינום;

(4) קרצינומה של החצוצרות (Fallopian tube carcinoma) לאחר מיצוי הטיפול ב-PACLITAXEL וכימותרפיה המבוססת על פלטינום;

(5) סרקומה על שם קפוסי בחולי AIDS;

(6) טיפול בסרטן שד גרורתי בחולים עם סיכון לבבי מוגבר.

צו תשע"א-2011

41. התרופה ERLOTINIB תינתן לטיפול בסרטן ריאה מתקדם מקומי או גרורתי מסוג non small cell:

צו תשע"ג-2012

(1) כקו טיפול ראשון לחולים המבטאים מוטציה ב-EGFR;

(2) לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו, לקו טיפול שני או שלישי.

42. הוראות למתן התרופה FULVESTRANT:

צו תשע"א-2011

(1) התרופה תינתן לטיפול בסרטן שד מתקדם מקומי או גרורתי בחולות פוסט מנופאוזליות בעלות רצפטורים חיוביים לאסטרוגן, שמחלתן חזרה או התקדמה, במהלך או לאחר מתן טיפול אנטיאסטרוגני, להתוויה זו;

(2) (נמחקה).

43. התרופה NELARABINE תינתן לטיפול בלוקמיה מסוג T cell Acute Lymphocytic Leukemia (T-ALL) או לימפומה מסוג T cell Lymphoblastic Lymphoma (T-LBL) העונים על כל אלה:

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) מחלתם חזרה או שהם רפרקטורים לאחר שני משטרי טיפול קודמים;

(2) מועמדים להשתלת מח עצם אלוגנאית.

44. התרופה NILOTINIB תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

1. לוקמיה מיאלואידית כרונית (CML) בשלב הכרוני או המואץ עם בדיקה ציטוגנטית חיובית לכרומוסום פילדלפיה בחולה בוגר שפיתח עמידות או שגילה חוסר סבילות לטיפול ב-IMATINIB;

2. החולה סובל מ-CML בשלב הכרוני עם בדיקה ציטוגנטית חיובית לכרומוסום פלדלפיה.

45. התרופה SORAFENIB תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תש"ע-2009

(1) סרטן כליה מתקדם או גרורתי (גם כקו טיפול ראשון; במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בשתי תרופות בלבד מהתרופות המפורטות להלן – SUNITINIB, SORAFENIB, EVEROLIMUS, TEMSIROLIMUS, PAZOPANIB, AXITINIB;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"א-2011

צו תשע"ה-2015

(2) סרטן הפטוצלולרי לחולים המוגדרים כ-Child Pugh's A;

(3) סרטן מתקדם מקומי או גרורתי של בלוטת התריס מסוג DTC (Differentiated (papillary / follicular / Hurthle cell) thyroid carcinoma) עמיד ליוד רדיואקטיבי;

צו תשע"ו-2015

46. התרופה SUNITINIB תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תש"ע-2009

(1) סרטן כליה מתקדם או גרורתי (גם כקו טיפול ראשון); במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בשתי תרופות בלבד מהתרופות המפורטות להלן – SUNITINIB, SORAFENIB, EVEROLIMUS, TEMSIROLIMUS, PAZOPANIB, AXITINIB;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"א-2011

צו תשע"ה-2015

(2) חולה בוגר הסובל מגידולים מסוג Gastrointestinal stromal tumors (GIST) לאחר התקדמות מחלה או חוסר סבילות ל-IMATINIB;

(3) גידול נוירו-אנדוקריני ממקור לבלבי (pNET) מתקדם או גרורתי;

צו תשע"ג-2012

במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בתרומה אחת בלבד מהתרופות המפורטות להלן – SUNITINIB, EVEROLIMUS.

47. התרופה GEFITINIB, תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) סרטן ריאה מתקדם מקומי או גרורתי מסוג non small cell כקו טיפול ראשון לחולים המבטאים מוטציה ב-EGFR;

(2) סרטן ריאה מתקדם מקומי או גרורתי מסוג non small cell, לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו, לקו טיפול שני או שלישי;

48. התרופה LAPATINIB לטיפול בסרטן שד גרורתי ובהתקיים כל התנאים האלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) התחלת הטיפול תיעשה בהתקיים כל התנאים האלה:

(א) המטופל אובחן כסובל מסרטן שד גרורתי;

(ב) מצבו התפקודי של המטופל מוגדר כסביר עד טוב (בין 0-2) לפי ה-PS (Performance Score);

(ג) קיימת עודת להימצאות HER-2 חיובי ברמה של 3+ בבדיקה אימונוהיסטוכימית (IHC) או בדיקת FISH חיובית כאשר הבדיקה האימונוהיסטוכימית היא ברמה של 2+ (כפי שייקבע בבדיקה כמותית);

(ד) החולה חווה התקדמות מחלה לאחר טיפול ב-TRASTUZUMAB למחלתו הגרורתית;

(2) המשך הטיפול בתרופה האמורה, לאחר שני חודשי טיפול, יינתן בהתקיים אחד מהתנאים האלה:

(א) תגובה של נסיגה מלאה של המחלה (CR);

(ב) תגובה של נסיגה חלקית של המחלה (PR);

(ג) שיפור קליני בולט (לפחות דרגה אחת ב-PS);

(ד) שיפור בסימפטומטולוגיה (כגון הפחתה בכאבי עצמות וצריכה מופחתת של משככי כאבים);

(3) על אף האמור בפסקת משנה (2), ייפסק הטיפול בתרופה האמורה לאחר שני חודשי טיפול בהתקיים אחד מאלה:

(א) הופעת גרורות חדשות, למעט גרורות במוח כאתר התקדמות יחידי;

(ב) החמרת המצב הקליני (שייקבע לפי ירידה בדרגות תפקוד לפי PS);

(ג) הופעת גוש חדש, בבדיקה פיסיקלית;

(ד) קיום ראיה אחרת להתקדמות המחלה.

49. התרופה LENALIDOMIDE תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשע"ג-2012

(1) מיאלומה נפוצה בחולה שמחלתו עמידה או נשנית לאחר מיצוי קו טיפול אחד שכלל אחד מהשניים – BORTEZOMIB או THALIDOMIDE, אלא אם כן לחולה היתה הוריית נגד לאחד מהטיפולים האמורים;

(2) תסמונת מיאלודיספלסטית ברמת חומרה low או intermediate-1 עם הפרעה ציטוגנטית מסוג deletion 5q.

50. התרופה PANITUMUMAB תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשע"א-2011

(1) סרטן מעי גס גרורתי כקו טיפול שלישי, בעבור חולים עם גידולים בלא מוטציה ב-KRAS;

(2) בשילוב עם כימותרפיה לטיפול בסרטן מעי גס גרורתי כקו טיפול ראשון או כקו טיפול מתקדם (שני והלאה), בעבור חולים עם גידולים בלא מוטציה ב-KRAS;

צו תשע"ג-2012

(3) (נמחקה).

צו תשע"ג-2012

51. התרופה TEMSIROLIMUS תינתן לטיפול בסרטן כליה מתקדם או גרורתי (גם כקו טיפול ראשון) בחולים המוגדרים כבעלי פרוגנוזה גרועה; במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בשתי תרופות בלבד מהתרופות המפורטות להלן – SUNITINIB, SORAFENIB, EVEROLIMUS, TEMSIROLIMUS, PAZOPANIB, AXITINIB.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"א-2011

צו תשע"ה-2015

52. התרופה CABAZITAXEL תינתן לטיפול בסרטן גרורתי של הערמונית העמיד לטיפול הורמונלי בחולה שמיצה טיפול ב-DOCETAXEL.

צו תשע"א-2011

53. התרופה PAZOPANIB תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשע"ד-2013

(1) בסרטן כליה מתקדם או גרורתי, גם כקו טיפול ראשון; במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בשתי תרופות בלבד מהתרופות המפורטות להלן: Sunitinib, Sorafenib, Everolimus, Temsirolimus, Pazopanib, Axitinib;

צו תשע"ה-2015

(2) קו טיפול מתקדם (שני והלאה) בסרקומה מתקדמת של הרקמות הרכות מסוג סרקומה פיברובלסטית, סרקומה פיברוהיסטויוציטית, ליומיוסרקומה, סרקומה סינוביאלית, MPNST, NOS, סרקומה וסקולרית, malignant glomus tumors.

54. התרופה TRABECTEDIN תינתן לטיפול בסרקומה של הרקמות הרכות מסוג ליפוסרקומה או ליומיוסרקומה, לאחר מיצוי טיפול באנתראציקלינים ו-IFOSFAMIDE.

צו תשע"א-2011

55. התרופה CRIZOTINIB תינתן לטיפול באדנוקרצינומה מתקדמת של הריאה מסוג (NSCLC) non small cell עם מוטציה שלילית ב-EGFR שהם בעלי מוטציה חיובית ב-(Anaplastic Lymphoma Kinase positive) ALK.

צו תשע"ג-2012

56. התרופה DEGARELIX תינתן לטיפול בסרטן מתקדם של הערמונית תלוי הורמונים בחולים עם צורך דחוף בהורדת רמות טסטוסטרון כגון דחיסת עמוד שדרה (cord compression), Disseminated intravascular coagulation (DIC), אצירת שתן.

צו תשע"ג-2012

57. התרופה IPILIMUMAB תינתן לטיפול בחולי מלנומה מתקדמת (גרורתית או שאיננה נתיחה) כקו טיפול ראשון וכן כקו טיפול מתקדם (שני והלאה). במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בתרופה אחת בלבד מהתרופות המפורטות להלן: IPILIMUMAB, VEMURAFENIB.

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ה-2015

58. הוראות לשימוש בתרופה MIFAMURTIDE:

צו תשע"ג-2012

(1) התרופה תינתן לטיפול באוסטיאוסרקומה מתקדמת (High grade) נתיחה לאחר הסרה מלאה בניתוח, בשילוב עם כימותרפיה;

(2) מתן התרופה האמורה ייעשה לפי מרשם של מומחה באונקולוגיה או באונקולוגיית ילדים או בהמטו-אונקולוגיית ילדים.

59. התרופה VEMURAFENIB תינתן לטיפול בחולי מלנומה מתקדמת (גרורתית או שאיננה נתיחה) המבטאים מוטציה ב-BRAF.

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ה-2015

במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בתרופה אחת בלבד מהתרופות המפורטות להלן: DABRAFENIB, VEMURAFENIB.

60. הוראות לשימוש בתרופה ABIRATERONE:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה תינתן בשילוב עם Prednisone לטיפול בסרטן גרורתי של הערמונית (עמיד לסירוס) (CRPC);

(ב) הטיפול בתכשיר יינתן לחולה שטרם טופל בתרופה Abiraterone למחלה האמורה בפסקת משנה (א).

61. הוראות לשימוש בתרופה PERTUZUMAB:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) סרטן שד במחלה נשנית מקומית לא נתיחה או בשלב גרורתי, ובהתקיים כל התנאים האלה:

(א) התחלת הטיפול תיעשה בהתקיים כל התנאים האלה:

(1) קיימת עדות בבדיקה להימצאות של HER-2 חיובי ברמה של +3; אימונוהיסטוכימית (IHC) או בדיקת FISH חיובית בערך של 2.0 ומעלה;

(2) כקו טיפול ראשון למחלה הגרורתית;

(3) החולה טרם החל טיפול בכימותרפיה או טיפול כנגד HER2 למחלתו הגרורתית;

(ב) המשך הטיפול בתרופה האמורה יינתן בהתקיים אחד מהתנאים האלה:

(1) תגובה של נסיגה מלאה של המחלה (CR);

(2) תגובה של נסיגה חלקית של המחלה (PR);

(3) שיפור קליני בולט (דרגה אחת ב-PS לפחות);

(4) שיפור בסימפטומטולוגיה (כגון הפחתה בכאבי עצמות וצריכה מופחתת של משככי כאבים);

(ג) על אף האמור בפסקת משנה (ב), ייפסק הטיפול בתרופה האמורה בהתקיים אחד מאלה:

(1) הופעת גרורות חדשות, למעט גרורות במוח כאתר התקדמות יחידי;

(2) הופעת גוש חדש, בבדיקה פיסיקלית;

(3) קיום ראיה אחרת להתקדמות המחלה;

(2) טיפול טרום ניתוחי (Neo adjuvant) בסרטן שד מתקדם מקומי או דלקתי או מוקדם בנשים המבטאות HER2 ביתר בהתאם לפסקה (א)(1)(א)(1).

62. הוראות לשימוש בתרופה PRALATREXATE:

צו תשע"ד-2013

(1) התרופה תינתן לטיפול בלימפומה מסוג PTCL (Peripheral T cell lymphoma) כקו טיפול מתקדם (שלישי והלאה);

(2) במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בתרופה אחת בלבד מהתרופות המפורטות להלן: PRALATREXATE, ROMIDEPSIN.

63. הוראות לשימוש בתרופה ROMIDEPSIN:

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) לימפומה מסוג PTCL (Peripheral T cell lymphoma) כקו טיפול מתקדם (שלישי והלאה);

במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בתרופה אחת בלבד מהתרופות המפורטות להלן: PRALATREXATE, ROMIDEPSIN;

(2) לימפומה מסוג CTCL (Cutaneous T cell lymphoma) כקו טיפול מתקדם (לאחר טיפול סיסטמי אחד לפחות).

64. הוראות לשימוש בתרופה VANDETANIB:

צו תשע"ד-2013

(1) התרופה תינתן לטיפול בסרטן מדולרי של בלוטת התריס, סימפטומטי או מתקדם, בשלב מחלה מתקדם מקומי לא נתיח או בשלב גרורתי;

(2) נוסף על האמור בפסקת משנה (ב) מתן התרופה האמורה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה, באנדוקרינולוגיה או ברפואת אף אוזן גרון.

65. הוראות לשימוש בתרופה VISMODEGIB:

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול בסרטן עור מסוג BCC (Basal cell carcinoma) בשלב מתקדם מקומי או גרורתי, בחולים שאינם מתאימים לניתוח ולטיפול בהקרנות או בחולים שמחלתם חזרה לאחר ניתוח ושאינם מתאימים לניתוח נוסף ושאינם מועמדים לטיפול בהקרנות.

66. הוראות לשימוש בתרופה AFATINIB:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול בסרטן ריאה מתקדם מקומי או גרורתי מסוג non small cell –

(1) כקו טיפול ראשון לחולים המבטאים מוטציה ב-EGFR;

(2) לאחר כשל בטיפול קודם בתרופה אחרת המיועדת להתוויה זו, לקו טיפול שני או שלישי, המבטאים מוטציה ב-EGFR.

67. הוראות לשימוש בתרופה ALPHARADIN (RADIUM-223 CHLORIDE):

צו תשע"ה-2015

(1) התרופה תינתןלטיפול בסרטן גרורתי של הערמונית עמיד לסירוס (CRPC) בחולים סימפטומטיים עם גרורות בעצמות ובלא מחלה ויסרלית גרורתית;

(2) הטיפול בתכשיר יינתן לחולה שטרם טופל בתרופה Alpharadin למחלה האמורה בפסקת משנה (1).

68. הוראות לשימוש בתרופה AXITINIB:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול בסרטן כליה מתקדם או גרורתי, לאחר כשל בטיפול קודם באחת מתרופות אלה: Sorafenib, Sunitinib, Temsirolimus, Pazopanib;

(ב) במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בשתי תרופות בלבד מהתרופות המפורטות להלן: Sunitinib, Sorafenib, Everolimus, Temsirolimus, Pazopanib, Axitinib.

69. הוראות לשימוש בתרופה BENDAMUSTINE:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) טיפול בלוקמיה מסוג CLL (Chronic lymphocytic leukemia) בעבור חולים שלא יכולים לקבל משלב כימותרפי המכיל Fludarabine;

(2) טיפול בלימפומה אינדולנטית מסוג NHL (Non Hodgkin's lymphoma) כקו טיפול מתקדם, בחולים שמחלתם התקדמה במהלך טיפול קודם בתרופה Rituximab או בתוך 6 חודשים מסיום הטיפול בתרופה Rituximab;

(ב) הטיפול בתכשיר יינתן לחולה שטרם טופל בתרופה Bendamustine למחלה זו.

70. הוראות לשימוש בתרופה BRENTUXIMAB:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) טיפול בלימפומה סיסטמית מסוג ALCL (systemic anaplastic large cell lymphoma) כקו טיפול מתקדם, לאחר כישלון של קו טיפול כימותרפי אחד לפחות;

(2) טיפול בלימפומה מסוג HL (Hodgkin's lymphoma) כקו טיפול מתקדם, לאחר כישלון של השתלת מח עצם אוטולוגית או כישלון של שני קווי טיפול כימותרפיים לפחות בחולים שאינם מועמדים להשתלת מח עצם אוטולוגית.

71. הוראות לשימוש בתרופה CARFILZOMIB:

צו תשע"ה-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול במיאלומה נפוצה ובהתקיים כל אלה:

(1) לטיפול בחולה שמחלתו עמידה או נשנית לאחר מיצוי טיפול בכל אחת מהתרופות האלה – Thalidomide, Bortezomib, Lenalidomide, אלא אם כן לחולה היתה הוריית נגד לטיפול באחת מהתרופות האמורות;

(2) במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בתרופה אחת בלבד מהתרופות המפורטות להלן: Carfilzomib, Pomalidomide, למעט בחולה אשר לא השיג תגובה מינימלית לאחר ניסיון טיפולי של 2 מחזורי טיפול באחת מהתרופות האמורות.

72. הוראות לשימוש בתרופה DABRAFENIB:

צו תשע"ה-2015

(1) התרופה תינתן לטיפול בחולי מלנומה מתקדמת (גרורתית או שאיננה נתיחה) המבטאים מוטציה ב-BRAF;

(2) במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בתרופה אחת בלבד מהתרופות המפורטות להלן: DABRAFENIB, VEMURAFENIB.

73. התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תשע"ו-2015

(א) לטיפול בלימפומה מסוג Mantle cell בחולה שמחלתו חזרה (relapsed) לאחר טיפול קודם אחד לפחות;

הטיפול בתרופה יינתן לחולה שטרם טופל ב-Ibrutinib למחלה האמורה;

(ב) לטיפול בלוקמיה מסוג CLL בחולה שמחלתו חזרה (relapsed) או היתה עמידה (refractory) לטיפול קודם בחולה עם מוטציה מסוג del 17p;

הטיפול בתרופה יינתן לחולה שטרם טופל ב-Ibrutinib למחלה האמורה.

74. הוראות לשימוש בתרופה POMALIDOMIDE:

צו תשע"ה-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול במיאלומה נפוצה ובהתקיים כל אלה:

(1) לטיפול בחולה שמחלתו עמידה או נשנית לאחר מיצוי טיפול בכל אחת מהתרופות האלה: Thalidomide, Bortezomib, Lenalidomide, אלא אם כן לחולה היתה הוריית נגד לטיפול באחת מהתרופות האמורות;

(2) במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בתרופה אחת בלבד מהתרופות האלה: Carfilzomib, Pomalidomide, למעט בחולה אשר לא השיג תגובה מינימלית לאחר ניסיון טיפולי של 2 מחזורי טיפול באחת מהתרופות האמורות.

75. הוראות לשימוש בתרופה TRASTUZUMAB EMTANSINE:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול בסרטן שד גרורתי ובהתקיים כל התנאים האלה:

(1) התחלת הטיפול בתרופה תיעשה בהתקיים כל התנאים האלה:

(א) קיימת עדות להימצאות HER-2 חיובי ברמה של 3+ בבדיקה אימונוהיסטוכימית (IHC) או בדיקת FISH חיובית אם הבדיקה האימונוהיסטוכימית היא ברמה של 2.0 ומעלה;

(ב) כקו טיפול מתקדם בחולה שקיבלה טיפול קודם ב-Trastuzumab למחלתה הגרורתית או בחולה שטופלה ב-Trastuzumab כטיפול משלים למחלה בשלב מוקדם ומחלתה התקדמה במהלך הטיפול ב-Trastuzumab, או בתוך 6 חודשים מסיום הטיפול בתכשיר האמור;

(2) המשך הטיפול בתרופה יינתן בהתקיים אחד מהתנאים האלה:

(א) תגובה של נסיגה מלאה של המחלה (CR);

(ב) תגובה של נסיגה חלקית של המחלה (PR);

(ג) שיפור קליני בולט (דרגה אחת ב-PS לפחות);

(ד) שיפור בסימפטומטולוגיה (כגון הפחתה בכאבי עצמות וצריכה מופחתת של משככי כאבים);

(3) על אף האמור בפסקת משנה (2), ייפסק הטיפול בתרופה בהתקיים אחד מאלה:

(א) הופעת גרורות חדשות, למעט גרורות במוח כאתר התקדמות יחידי;

(ב) הופעת גוש חדש בבדיקה פיסיקלית;

(ג) קיום ראיה אחרת להתקדמות המחלה.

(ב) מתן התרופות האמורות בפסקת משנה (א) ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה, רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בגינקולוגיה המטפל באונקולוגיה גינקולוגית.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

76. הוראות לשימוש בתרופה CERITINIB:

צו תשע"ו-2015

התרופה תינתן לטיפול בסרטן ריאה מסוג ALK positive NSCLC לחולה שמחלתו התקדמה על אף טיפול קודם במעכב ALK.

77. הוראות לשימוש בתרופה NIVOLUMAB:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול במלנומה מתקדמת (לא נתיחה או גרורתית);

(ב) הטיפול בתרופה לא יינתן בשילוב עם IPILIMUMAB או תרופות ממשפחת מעכבי BRAF או תרופות ממשפחת נוגדי PD-1;

(ג) במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לתרופה אחת בלבד מהתרופות המפורטות להלן: Nivolumab, Pembrolizumab;

78. הוראות לשימוש בתרופה OBINUTUZUMAB:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול בלוקמיה מסוג CLL בחולה שטרם קיבל טיפול למחלתו, ואשר אינו מתאים (unfit) לטיפול כימותרפי אינטנסיבי על רקע גיל, מחלות רקע או מצב תפקודי;

(ב) התקופה תשמש כטיפול אחזקה בחולה כאמור בפסקת משנה (א);

(ג) התרופה לא תינתן בשילוב עם Bendamustine, Rituximab או Ofatumumab;

79. הוראות לשימוש בתרופה OFATUMUMAB:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה תינתן בשילוב עם כלוראמבוציל או בנדמוסטין לטיפול בלוקמיה מסוג CLL בחולה שטרם קיבל טיפול למחלתו ואשר אינו יכול לקבל טיפול ב-Fludarabine;

(ב) התרופה לא תשמש כטיפול אחזקה בחולה כאמור בפסקת משנה (א);

(ג) התרופה לא תינתן בשילוב עם Rituximab או Obinutuzumab;

80. הוראות לשימוש בתרופה PEMBROLIZUMAB:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול במלנומה מתקדמת (לא נתיחה או גרורתית);

(ב) הטיפול בתרופה לא יינתן בשילוב עם IPILIMUMAB, תרופות ממשפחת מעכבי BRAF או תרופות ממשפחת נוגדי PD-1;

(ג) במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לתרופה אחת בלבד מהתרופות המפורטות להלן: Nivolumab, Pembrolizumab;

81. הוראות לשימוש בתרופה PONATINIB:

צו תשע"ו-2015

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) לוקמיה מסוג CML בחולה עם מוטציה מסוג T315I;

(2) לוקמיה מסוג Ph + ALL בחולה עם מוטציה מסוג T315I;

82. הוראות לשימוש בתרופה REGORAFENIB:

צו תשע"ו-2015

התרופה תינתן לטיפול בסרקומה מסוג GIST לחולה שמחלתו התקדמה לאחר טיפול בשני מעכבי טירוזין קינאז.

(3) הוראות לשימוש בתרופה ABCIXIMAB:

צו תש"ס- 2000

1. התרופה תינתן למניעת סיבוכים איסכמיים לבביים בחולים העוברים התערבות מילעורית כלילית (אנגיופלסטיה בעזרת בלון, אתרקטומיה וצנתר).

צו תשס"ד-2004

2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בקרדיולוגיה.

(4) הוראות לשימוש בתרופות ABACAVIR, ABACAVIR + LAMIVUDINE, ABACAVIR +

צו תש"ס-2000

צו תשס"ב-2001

צו תשס"ג-2002

צו תשס"ו-2006

צו תשס"ח-2007

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"א-2011

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

צו תשע"ה-2015

צו תשע"ו-2015

LAMIVUDINE + ZIDOVUDINE CD, AMPRENAVIR, ATAZANAVIR, COMBIVIR CD, DARUNAVIR, DIDANOSINE, DOLUTEGRAVIR, DOLUTEGRAVIR + ABACAVIR + LAMIVUDINE (CD), EFAVIRENZ, ELVITEGRAVIR+COBICISTAT+EMTRICITABINE+TENOFOVIR (CD), ENFUVIRITIDE, ETRAVIRINE, FOSAMPRENAVIR, INDINAVIR, LAMIVUDINE, LOPINAVIR+RITONAVIR CD, MARAVIROC, NELFINAVIR, NEVIRAPINE, RALTEGRAVIR, RILPIVIRINE, RILPIVIRINE + EMTRICITABINE + TENOFOVIR, RITONAVIR, SAQUINAVIR, STAVUDINE, TENOFOVIR+EMTRICITABINE, TENOFOVIR + EMTRICITABINE + EFAVIRENZ CD, ZALCITABINE:

1. התרופות האמורות (להלן, כל אחת מהן – התרופה) יינתנו לטיפול בנשאי HIV, ובהתקיים אחד מתנאים אלה:

צו תש"ס- 2000

(1) נשא נגיף ה-HIV פיתח תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

(2) התרופה תינתן לטיפול בנשא נגיף ה-HIV שהוא אסימפטומטי – אם מתקיים בנשא כאמור אחד מאלה:

צו תשע"ו-2015

(א) נשא HBV;

(ב) אישה הרה או מניקה;

(ג) חולה בשחפת פעילה;

(ד) בן זוגו אינו נשא;

(ה) הוא עם ערך CD4 קטן מ-500 או ערך עומס נגיפי גדול מ-100,000 עותקי RNA בסמ"ק1.

2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס, במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS.

צו תש"ס-2000

3. משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל, כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה.

4. הוראות לשימוש בתרופה ENFUVIRITIDE:

צו תשס"ו-2006

(א) התרופה תינתן לטיפול בנשא HIV שפיתח תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

צו תש"ע-2009

(ב) השימוש בתרופה ייעשה רק לאחר כישלון של תרופות אנטי רטרו-וירליות אחרות מתוך משפחות התרופות שלהלן:

צו תשס"ח-2007

(Protease inhibitors, non nucleoside reverse transcriptase Inhibitors, nucleoside reverse transcriptase Inhibitors)

וזאת אם לא נותרה כל תרופה או שנותרו לא יותר משתי תרופות מכלל רשימת התרופות האנטי-רטרווירליות, המשתייכות למשפחות התרופות שלעיל, שלא נתפתחה כנגדן עמידות (שנבדקה כמקובל בבדיקת עמידות) ושעדיין ניתן להשתמש בהן לטיפול;

(ג) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאת איידס או ממלא מקומו, במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז איידס;

(ד) משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות מנהל מרפאת איידס כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה;

צו תשס"ח-2007

5. הוראות לשימוש בתרופות DARUNAVIR:

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(א) התרופה תינתן לטיפול בנשא HIV שפיתח תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

(ב) התרופה תינתן לטיפול בנשא נגיף ה-HIV שהוא אסימפטומטי – אם מתקיים בנשא כאמור אחד מאלה:

צו תשע"ו-2015

1. נשא HBV;

2. אישה הרה או מניקה;

3. חולה בשחפת פעילה;

4. בן זוגו אינו נשא;

5. הוא עם ערך CD4 קטן מ-500 או ערך עומס נגיפי גדול מ-100,000 עותקי RNA בסמ"ק;

(ג) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS;

(ד) משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה;

6. הוראות לשימוש בתרופות ETRAVIRINE:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ג-2012

(א) התרופה תינתן לטיפול בנשא HIV שפיתח תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

(ב) נשא נגיף ה-HIV כשל בטיפול קודם;

(ג) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS;

(ד) משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה;

7. הוראות לשימוש בתרופה MARAVIROC:

צו תשע"א-2011

(א) התרופה תינתן לטיפול בנשא HIV שפיתח תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

(ב) נשא נגיף ה-HIV כשל בטיפול תרופתי קודם בשתי תרופות פעילות אחרות לפחות (פיתח עמידות או תופעות לוואי לטיפול קודם);

(ג) הטיפול בתרופה יינתן לחולה לאחר בדיקת התאמה לתרופה;

(ד) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS;

(ה) משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה;

8. הוראות לשימוש בתרופה RALTEGRAVIR:

צו תשע"ג-2012

(א) התרופה תינתן לטיפול בנשא HIV שפיתח תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

(ב) התרופה תינתן הן לנשא נגיף ה-HIV שטרם טופל למחלתו שהוא אסימפטומטי עם ערך CD4 קטן מ-500 או ערך עומס נגיפי גדול מ-100,000 עותקי RNA בסמ"ק, והן לנשא נגיף ה-HIV שכשל בטיפול קודם;

(ג) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS;

(ד) משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה.

9. הוראות לשימוש בתרופות RILPIVIRINE, RILPIVIRINE+EMTRICITABINE+ TENOFOVIR:

צו תשע"ד-2013

(א) התרופות האמורות יינתנו לטיפול בנשאי HIV נאיביים, ובהתקיים אחד מתנאים אלה:

(1) נשא נגיף ה-HIV פיתח תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

(2) התרופה תינתן לטיפול בנשא נגיף ה-HIV שהוא אסימפטומטי – אם מתקיים בנשא אחד מאלה:

צו תשע"ו-2015

1. נשא HBV;

2. אישה הרה או מניקה;

3. חולה בשחפת פעילה;

4. בן זוגו אינו נשא;

5. הוא עם ערך CD4 קטן מ-500 או ערך עומס נגיפי גדול מ-100,000 עותקי RNA בסמ"ק;

(ב) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס, במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS;

(ג) משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל, כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה.

10. הוראות לשימוש בתרופה DOLUTEGRAVIR:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול בנשא HIV, ובהתקיים אחד מתנאים אלה:

(1) נשא נגיף ה-HIV פיתח את תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

(2) נשא נגיף ה-HIV טרם טופל למחלתו והוא אסימפטומטי עם ערך CD4 קטן מ-500 או ערך עומס נגיפי גדול מ-100,000 עותקי RNA בסמ"ק;

(3) נשא נגיף ה-HIV כשל בטיפול קודם;

(ב) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס, במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS;

(ג) משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל, כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה.

11. הוראות לשימוש בתרופה ELVITEGRAVIR + COBICOSTAT + EMTRICITABINE + TENOFOVIR (CD):

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול בנשא HIV ובהתקיים אחד מתנאים אלה:

(1) נשא נגיף ה-HIV פיתח את תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

(2) נשא נגיף ה-HIV טרם טופל למחלתו והוא אסימפטומטי עם ערך CD4 קטן מ-500 או ערך עומס נגיפי גדול מ-100,000 עותקי RNA בסמ"ק;

(ב) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS;

(ג) משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה.

(5) הוראות לשימוש בתרופות RISPERIDONE ו-OLANZAPINE:

צו תש"ס-2000

1. הטיפול בתרופה RISPERIDONE יינתן -

צו תשע"ה-2015

(1) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה;

(2) למבוטח קטין, הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת;

(3) טיפול בהפרעות התנהגות (Conduct and other disruptive disorders) המתבטאות בהפרעות של בקרת דחפים או עוינות או אגרסיביות בילדים בני 5 ומעלה שרמת האינטליגנציה שלהם נמוכה או שהיא מתחת לממוצע;

צו תשע"ד-2013

(4) לטיפול בפסיכוזה על רקע דמנציה.

צו תשע"ו-2015

2. הטיפול בתרופה OLANZAPINE יינתן -

(1) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה;

צו תשע"ה-2015

(2) למבוטח קטין, הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת;

צו תשע"ה-2015

(3) בהפרעה ביפולרית כקו טיפול שני.

צו תשס"ח-2007

3. התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה בפסיכיאטריה, בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, בנוירולוגיה או בגריאטריה, לפי הענין;

צו תש"ע-2009

צו תשע"ה-2015

צו תשע"ו-2015

4. לא יינתנו לחולה בו בזמן שתי תרופות או יותר ממשפחת התרופות האנטיפסיכוטיות האטיפיות.

צו תשס"ח-2007

(6) (נמחקה).

צו תשס"ג-2002

(7) הוראות לשימוש בתרופות INSULIN ASPART, INSULIN GLULISINE, INSULIN LISPRO: התרופות האמורות יינתנו לטיפול בחולי סוכרת.

צו תשס"ח-2007

צו תש"ע-2009

(8) הוראות לשימוש בתרופה DORNASE ALFA:

צו תשנ"ט-1999

צו תש"ס-2000

התרופה האמורה תינתן לטיפול בלייפת כיסתית (סיסטיק פיברוזיס), ובהתאם לכללים האלה:

1. כל חולה בלייפת כיסתית (סיסטיק פיברוזיס) יהיה זכאי לטיפול בתרופה בהנחה שאין מניעה רפואית לנתינתה, במשך שלושה חודשים לכל היותר, על פי מרשם של רופא מומחה למחלות ריאה או ברפואת ילדים.

2. המשך הטיפול בתרופה האמורה, לאחר שלושת החודשים  הראשונים לטיפול, יינתן גם הוא על פי מרשם כאמור ובלבד שחל שיפור במצב החולה; ואם ניתנו הוראות של המנהל בענין - לפי הוראותיו.

(9) הוראות לשימוש בתרופה RIBAVIRIN:

צו תשנ"ט-1999

צו תש"ס-2000

1. התרופה האמורה תינתן לטיפול בדלקת נגיפית מסוג C ובהתקיים התנאים האלה:

צו תש"ס-2000

(1) החולה סובל מהתלקחות חוזרת של המחלה;

(2) החולה טופל בעבר בתרופה INTERFERON ALFA.

2. התרופה תינתן על פי מרשם של רופא מומחה  לגסטרואנטרולוגיה, גסטרואנטרולוגיית ילדים או מחלות  זיהומיות.

(10) הוראות לשימוש בתרופה RILUZOLE:

צו תשנ"ט-1999

צו תש"ס-2000

התרופה תינתן לטיפול בטרשת אמיולוטרופית לטרלית (ALS) ובהתאם לכללים האלה:

1. התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי מרשם של מנהל מחלקה בבית חולים או של מנהל מרפאה שהם רופאים מומחים בנוירולוגיה.

2. ניתן מרשם כאמור, ייעשה המשך הטיפול בה על פי מרשם רגיל של רופא.

(11) הוראות לשימוש בתרופה PAROXETINE:

צו תש"ס-2000

1. התרופה תינתן לטיפול בכל אחד מאלה:

צו תשס"ב-2001

1. טיפול בהתקפי אימה (Panic disorder);

2. טיפול בהפרעה אובססיבית כפייתית (Obsessive compulsive disorder);

3. טיפול בדיכאון.

(12) הוראות לשימוש בתרופה DORZOLAMIDE HYDROCHLORIDE:

צו תשנ"ט-1999

צו תש"ס-2000

התרופה תינתן לטיפול ביתר לחץ תוך עיני ובגלאוקומה עם זווית פתוחה ובהתקיים הכללים האלה:

1. התרופה תינתן אך ורק לחולים הלוקים באי ספיקת לב או באסטמה כרונית או לאחר כישלון בטיפול בתרופות  המשתייכות למשפחת חוסמי בטא.

2. התרופה תינתן על פי מרשם של רופא מומחה ברפואת עיניים.

(13) הוראות לשימוש בתרופות GABAPENTIN, TOPIRAMATE:

צו תש"ס-2000

צו תש"ע-2009

1. התרופות יינתנו לטיפול באפילפסיה, ורק אם החולה אינו מאוזן על ידי טיפול בתרופה אנטי אפילפטית אחרת, כגון CARBAMAZEPINE, VALPROIC ACID, PHENYTOIN, PRIMIDONE;

(ג) לגבי התרופה TOPIRAMATE SPRINKLE CAPSULES יתקיים, נוסף על כך, גם אחד מתנאים אלה:

צו תשס"ד-2004

(1) למטופל טרם מלאו 6 שנים;

(2) המטופל מתקשה בבליעה.

2. מתן התרופות ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה.

(14) הוראות לשימוש בתרופות PERGOLIDE, ROPINIROLE:

צו תש"ס-2000

1. התרופות יינתנו לטיפול בפרקינסון:

צו תשס"ב-2001

א. התרופה PERGOLIDE תינתן באחת הדרכים האלה:

1. כטיפול משולב עם LEVODOPA/CARBIDOPA;

2. כטיפול יחיד בשלב הטיפול ההתחלתי במחלה.

ב. התרופה ROPINIROLE תינתן באחת הדרכים האלה:

1. כטיפול יחיד;

2. כטיפול משולב עם LEVODOPA.

2. לא יינתנו שתי התרופות בו בזמן.

3. מתן התרופות ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה.

(15) הוראות לשימוש בתרופה EPTACOG ALFA:

צו תש"ס-2000

1. התרופה תינתן לטיפול בהמופיליה, ורק אם החולה פיתח רמה בינונית עד גבוהה של מעכבים לפקטורי קרישה VII ו-IX ונמצא במצב של דימום חמור;

2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בהמטו-אונקולוגיית ילדים.

(16) הוראות לשימוש בתרופה EPOPROSTENOL:

צו תשנ"ט-1999

צו תש"ס-2000

1. הטיפול בתרופה האמורה יינתן בכל אחד ממקרים אלה:

צו תשס"ב-2001

א. טיפול בחולי יתר לחץ ריאתי ראשוני עורקי המוגדרים ב-NYHA כ-Class III ו-Class IV;

צו תשס"ד-2004

ב. טיפול תוך ורידי ארוך טווח ביתר לחץ ריאתי משני עורקי הקשור באחת ממחלות הסקלרודרמה בחולים המוגדרים ב-NYHA כ-Class III ו-Class IV שלא הגיבו לטיפול קונבנציונלי.

צו תשס"ד-2004

2. התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של מנהל מחלקה בבית חולים שהוא רופא מומחה למחלות ריאה או רופא מומחה בקרדיולוגיה או רופא מומחה בטיפול נמרץ כללי או רופא מומחה בכירורגיית כלי דם או רופא מומחה בקרדיולוגיית ילדים או רופא מומחה במחלות ריאה ילדים או רופא מומחה בטיפול נמרץ ילדים.

3. המשך הטיפול בתרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה למחלות ריאה או רופא מומחה בקרדיולוגיה או רופא מומחה בטיפול נמרץ כללי או רופא מומחה בכירורגיית כלי דם או רופא מומחה בקרדיולוגיית ילדים, או רופא מומחה במחלות ריאה ילדים או רופא מומחה בטיפול נמרץ ילדים.

(17) הוראות לשימוש בתרופה MYCOPHENOLATE MOFETIL:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) מושתלי כליה;

(ב) מושתלי לב;

(ג) מושתלי כבד;

(ד) מושתלי ריאה;

(ה) לופוס נפריטיס פעילה (מוכחת בביופסיה) בחולים לאחר כשלון טיפול בסטרואידים, בהם אין פגיעה במערכות חיוניות (כגון לב ומערכת העצבים המרכזית);

(2) הטיפול בתרופה לגבי פסקת משנה (1)(א) עד (ד) ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות;

(3) הטיפול בתרופה לגבי פסקת משנה (1)(ה) ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בראומטולוגיה או רופא מומחה בנפרולוגיה.

(18) הוראות לשימוש בתרופה TACROLIMUS:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) מושתלי כליה;

(ב) מושתלי כבד;

(ג) מושתלי לב;

(ד) מושתלי ריאה;

צו תשע"ד-2013

(2) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות.

(19) הוראות לשימוש בתרופה PAMIDRONATE DISODIUM:

צו תש"ס-2000

1. התרופה תינתן לטיפול בכל אחד מאלה:

צו תשס"ב-2001

א. היפרקלצמיה (יתר סידן דמי) הנובעת מגידול ממאיר;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

ב. גרורות בעצמות;

ג. (1) חולי מחלת פאג'ט פעילה הסובלים מאחד מאלה:

1. כאבים והגבלה בתפקוד מלווים בעליה ברמות פוספאטאזה בסיסית או במיפוי עצמות חיובי;

2. ביטויים של המחלה בגולגולת הראש;

3. נזק אוסטיאו-ארתריטי העשוי לחייב תיקון של מפרק הירך.

(2) על אף האמור בפרט (1), הטיפול בתכשיר לא יינתן לחולים הסובלים מנגעים סקלרוטים (מחלה לא פעילה) או לחולים בעלי מיפוי עצמות שלילי.

2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה או רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בהמטו-  אונקולוגיית ילדים.

(20) הוראות לשימוש בתרופות ALFUZOSINE HYDROCHLORIDE, TERAZOSIN HYDROCHLORIDE, DOXAZOSIN    MESYLATE:

צו תשנ"ט-1999

צו תש"ס-2000

1. התרופות יינתנו לטיפול בהגדלה שפירה של בלוטת הערמונית.

צו תש"ס-2000

2. התרופה תינתן על פי מרשם של רופא מומחה באורולוגיה.

(21) הוראות לשימוש בתרופה GLIPIZIDE:

צו תשנ"ט-1999

צו תש"ס-2000

1. התרופה תינתן לחולי סוכרת מטיפוס 2 (NIDDM) הנמצאים בסיכון גבוה ללקות באירועים היפוגליקמיים כתוצאה מטיפול בגליבנקלאמיד (גליבוריד), חולים מעל גיל 75 או חולים עם אי ספיקת כליות.

2. תחילת הטיפול בתרופה תיעשה על פי מרשם של רופא מומחה באנדוקרינולוגיה או רופא במרפאה שהמנהל הכיר בה כמרפאת סוכרת. ניתן מרשם כאמור, ייעשה המשך הטיפול בה על פי מרשם רגיל של רופא.

(22) הוראות לשימוש בתרופה DIACEREIN:

צו תשנ"ט-1999

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

הטיפול בתרופה יינתן לחולים עם אוסטיאוארתריטיס מוכחת של מפרק הירך או הברך, לאחר כישלון טיפולי בתרופות מסוג NSAID.

(23) הוראות לשימוש בתרופה ANAGRELIDE:

צו תש"ס-2000

1. התרופה תינתן לטיפול בתרומבוציטמיה ראשונית, ורק אם ערך ספירת התרומבוציטים גדול מ- 1,000,000;

2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בהמטו-אונקולוגיית ילדים.

(24) הוראות לשימוש בתרופות RALOXIFENE, ALENDRONATE SODIUM, BAZEDOXIFENE ו-RISEDRONATE SODIUM:

צו תשס"ב-2001

צו תשע"ד-2013

1. התרופות האמורות יינתנו לטיפול באוסטיאופורוזיס ובהתאם לכללים האלה:

א. למטופלות, בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס:

(1) עם שבר אוסטיאופורוטי קיים או בנוכחות תולדות של שבר אוסטיאופורוטי;

צו תשע"ה-2015

(2) עם T score (ההפרש בין צפיפות העצם של המטופל לבין צפיפות העצם הממוצעת לאדם באוכלוסיה) השווה ל-3.5 או הנמוך מ-3.5;

צו תשע"ה-2015

(3) בנשים מעל גיל 60 שנים עם T score השווה ל-2.5 או הנמוך מ-2.5 ;

צו תשס"ד-2004

צו תשע"ה-2015

(4) שנגרמה מאחת המחלות הידועות כגורמות לו;

(5) בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס שנגרם כתוצאה מטיפול בתכשיר גלוקוקורטיקואידי (למעט RALOXIFENE או BAZEDOXIFENE).

צו תשס"ד-2004

צו תשע"ד-2013

ב. למטופלים, בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס:

צו תשס"ד-2004

(1) עם שבר אוסטיאופורוטי קיים או בנוכחות תולדות של שבר אוסטיאופורוטי;

צו תשע"ה-2015

(2) מעל גיל 60 שנים עם Tscore שווה ל-2.5 או נמוך מ-2.5;

צו תשע"ה-2015

(3) בכל מקרה של אוסטיאופורוזיס שנגרם כתוצאה מטיפול בתכשיר גלוקוקורטיקואידי;

(4) שנגרם מאחת המחלות הידועות כגורמות לו;

צו תשס"ו-2006

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

ג. התרופות יינתנו למטופלים ומטופלות בהתאם לחלוקה זו:

צו תשס"ד-2004

(1) ALENDRONATE SODIUM – למטופלים ולמטופלות;

(2) RISEDRONATE SODIUM, למטופלים ולמטופלות;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(3) RALOXIFENE – למטופלות בלבד;

(4) BAZEDOXIFENE – למטופלות בלבד;

צו תשע"ד-2013

2. אף אחת מן התרופות האמורות לא תינתן בשילוב עם התרופות האחרות.

צו תשס"ב-2001

(25) הוראות לשימוש בתרופה CLOPIDOGREL:

צו תש"ס-2000

התרופה האמורה תינתן לטיפול מניעתי של אירועים איסכמיים ובהתקיים אחד מתנאים אלה:

(1) המטופל אינו יכול להשתמש באספירין בשל רגישות יתר או כל הוריית נגד (Contraindication) אחרת;

(2) המטופל פיתח תופעות לוואי לטיפול באספירין;

(3) לאחר צנתור לב טיפולי, למשך שלושה חודשי טיפול;

צו תשס"ו-2006

(4) חולים שלקו בשבץ מוחי;

צו תשס"ח-2007

צו תש"ע-2009

צו תשע"א-2011

(5) טיפול נוגד קרישה למשך שנים עשר חודשי טיפול, לחולים הסובלים מתסמונת כלילית חדה (Acute Coronary Syndrome) שלא ניתן לבצע בהם צנתור כלילי טיפולי או שמחלתם אינה ניתנת לטיפול על ידי צנתור כלילי טיפולי;

צו תשס"ח-2007

צו תשע"א-2011

(6) לאחר צנתור לב טיפולי בתומך מצופה תרופה (Drug eluting stent) למשך 12 חודשי טיפול;

צו תש"ע-2009

(7) לאחר צנתור לב טיפולי בתומך לא מצופה תרופה (Bare metal stent) למשך 9 חודשי טיפול.

צו תש"ע-2009

(26) הוראות לשימוש בתרופות DONEPEZIL, RIVASTIGMINE:

צו תש"ס-2000

1. התרופות האמורות יינתנו לטיפול סימפטומטי במחלת  אלצהיימר ובהתקיים כל התנאים האלה:

(1) המטופל אובחן כסובל ממחלת אלצהיימר (Probable Alzheimer's disease) לפי הנחיות המכון הנוירולוגי הלאומי האמריקני (NINCDS ADRDA) או על פי קטגוריות מחלה 290.10/290.0 שלפי ה-DSM IV (הגדרות האיגוד האמריקני  לפסיכיאטריה);

צו תשס"ד-2004

(2) (נמחקה);

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(3) המטופל דורג על ידי Mini-mental State Exam Score (MMSE) כנכלל בדירוג בין 10 ל-26;

(4) המטופל עונה על כל התנאים האלה:

צו תשס"ד-2004

(א) המטופל אינו סובל מנכות גופנית קשה כתוצאה ממחלה ניוונית של המוח, למעט פרקינסון או דמנציה מסוג LBD (Lewy body dementia);

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(ב) המטופל לא סובל מאחד מהמצבים האלה:

(1) מחלה נפשית או נוירולוגית המלווה בדמנציה משנית;

(2) מחלות כרוניות קשות שהתסמינים הקליניים שלהן משמעותיים למרות טיפול תרופתי;

(3) התמכרות לאלכוהול או סמים;

(ג) החולה אינו שוהה באופן קבוע במחלקה סיעודית.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בפסיכיאטריה, נוירולוגיה או גריאטריה;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

3. הטיפול התרופתי במטופל יופסק באחד או יותר מהמצבים האלה:

(1) הופעת תופעות לוואי חמורות או מסוכנות;

(2) הידרדרות קוגניטיבית המתבטאת בשינוי לרעה ב-  MMSE של יותר מ- 3 נקודות במהלך 6 חודשים או שינוי לרעה ב-ADAS-Cog (Alzheimer's disease assessment scale cognitive functions subscale) של 4 נקודות במהלך 6 חודשים;

(3) הידרדרות בחומרת המחלה לדרגה חמורה (Severe).

(27) הוראות לשימוש בתרופה ENOXAPARIN (LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARIN):

צו תש"ס-2000

הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:

(1) טיפול מניעתי בהפרעות תרומבואמבוליות ממקור ורידי לרבות ניתוח אורתופדי או ניתוח כללי;

(2) מניעת פקקת במחזור החוץ-תאי (extracorporeal circulation) במהלך המודיאליזה;

(3) טיפול בפקקת של הורידים העמוקים;

(4) טיפול נוגד קרישה במקרים המחייבים טיפול ב-Heparin;

(5) טיפול משולב עם ASPIRIN בתעוקת חזה בלתי יציבה ובאוטם שריר לב מסוג Non-Q-Wave;

(6) טיפול בתסחיף ריאתי.

(28) הוראות לשימוש בתרופה EPTIFIBATIDE:

צו תש"ס-2000

התרופה האמורה תינתן כטיפול משלים למניעת סגירה פתאומית של כלי הדם הכלילי המטופל וסיבוכי לב איסכמיים חריפים מלווים ב-

(1) הרחבה מילעורית כלילית (PTCA);

(2) אנגיופלסטיה בעזרת בלון;

(3) אתרקטומיה כיוונית;

(4) אתרקטומיה טרנסלומינלית לעקירת צנתר;

(5) אנגיופלסטיה רוטציונלית אבלטיבית;

(6) אנגיופלסטיה מסוג excimer laser.

(29) הוראות לשימוש בתרופה TIROFIBAN:

תק' תש"ס-2000

התרופה האמורה תינתן לטיפול בתסמונות איסכמיות כליליות  לחולים העוברים אנגיופלסטיה כלילית או אתרקטומיה כלילית,  וזאת לצורך מניעת סיבוכים איסכמיים לבביים הקשורים לסגירה  פתאומית של העורק הכלילי המטופל.

(30) הוראות לשימוש בתרופה FILGRASTIM:

צו תש"ס-2000

1. הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:

(1) הפחתת משך וחומרה של נויטרופניה בחולים העובדים השתלת מח עצם או המטופלים בכימותרפיה המדכאת את מח העצם;

צו תשס"ח-2007

(2) טיפול בנויטרופניה כרונית חמורה;

(3) טיפול לצורך העלאת הספירה הנויטרופילית והפחתת זיהומים בילדים ומבוגרים הסובלים מנויטרופניה מולדת חמורה, נויטרופניה ציקלית או נויטרופניה אידיופאתית ושסבלו מזיהומים משמעותיים מבחינה קלינית ומ- 3 אירועים של נויטרופניה בשנה האחרונה;

(4) מניעת נויטרופניה על רקע ממאירויות המטולוגיות ובחולים המטופלים בכימותרפיה המדכאת את מח העצם.

צו תש"ע-2009

2. מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בהמטולוגיה, אונקולוגיה או המטו-אונקולוגיה.

(31) הוראות לשימוש בתרופה FOSCARNET:

צו תש"ס-2000

התרופה תינתן לטיפול בדלקת ברשתית הנגרמת מ-CMV (CYTO MEGALOVIRUS) ורק אם המטופל לא הגיב לטיפול בתרופה GANCICLOVIR.

(32) הוראות לשימוש בתרופה LANSOPRAZOLE:

צו תש"ס-2000

הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:

(1) טיפול בכיב בתריסריון ובכיב קיבה שפיר;

(2) טיפול בדלקת של הושט;

(3) ריפוי, טיפול לטווח ארוך וטיפול אחזקה (maintenance therapy) בחולים הלוקים במחלת ההחזר הושטי או בכיב בתריסריון;

(4) מניעת הישנות המחלה בחולים הלוקים במחלת ההחזר הושטי או בכיב בתריסריון;

(5) הכחדה של החיידק Helicobacter pylory ממערכת העיכול  העליונה בחולים הסובלים מכיב בתריסריון, כיב שפיר  וגסטריטיס.

(33) הוראות לשימוש בתרופה OMEPRAZOLE:

צו תש"ס-2000

הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:

(1) טיפול בכיב בתריסריון ובכיב קיבה;

(2) טיפול לטווח ארוך וטיפול אחזקה (maintenance therapy) בדלקת של הושט;

(3) טיפול אחזקה למניעת הישנות המחלה בחולים הלוקים בכיב פפטי שאיננו מגיב לטיפול;

(4) הכחדה של החיידק Helicobacter pylory המלווה כיב פפטי, ובשילוב עם אנטיביוטיקה;

(5) טיפול בתסמונת זולינגר-אליסון;

(6) טיפול ומניעה של כיבים בתריסריון, כיבים קיבתיים או שחיקות קיבתיות בחולים בסיכון גבוה, הנובעים מטיפול בתרופות אנטי דלקתיות שאינן סטרואידים (משפחת NSAID).

(34) הוראות לשימוש בתרופה OXCARBAZEPINE:

צו תש"ס-2000

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול בחולי אפילפסיה ורק אם החולה אינו מאוזן על ידי טיפול בתרופה אנטי אפילפטית אחת אחרת כגון (CARBAMAZEPINE, VALPROIC ACID, PHENYTOIN, PRIMIDONE).

(35) הוראות לשימוש בתרופה OXYCONTIN SYRUP:

צו תש"ס-2000

התרופה תינתן לטיפול בכאב ובהתקיים אחד מתנאים אלה:

(1) המטופל הוא קטין;

(2) המטופל מתקשה בבליעה.

(36) הוראות לשימוש בתרופות MONTELUKAST ו-ZAFIRLUKAST;

צו תשס"ב-2001

1. התרופות האמורות יינתנו לטיפול באסטמה קלה ובינונית ובהתקיים כל התנאים האלה:

(1) למטופל מלאו שנתיים ומעלה;

צו תש"ע-2009

צו תשע"ד-2013

(2) המטופל משתמש בסטרואידים במתן פומי או בשאיפה.

2. התחלת הטיפול בתרופות תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה ברפואת ריאות ילדים או מומחה באלרגיה.

3. הטיפול בתרופות האמורות ייפסק לאחר שלושה חודשי טיפול אם לא חל שיפור במצבו של המטופל כפי שייקבע על בסיס תפקודי ריאות או לאור הפסקת הטיפול בסטרואידים.

(37) הוראות לשימוש בתרופה BOTULINUM TOXIN A:

צו תש"ס-2000

הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:

(1) הקלה סימפטומטית של עווית העפעף (Blepharospasm) או הפרעות של עצב VII בחולים מעל גיל 12;

(2) טיפול בעווית של מחצית הפנים ובפגיעה מוקדית נלווית במתח השרירים (associated focal dystonia), וכן תיקון פזילה בחולים מגיל 12 ומעלה;

(3) הפחתת הסימנים והתסמינים של פגיעה צווארית במתח השרירים (cervical dystonia) במבוגרים;

(4) טיפול בדפורמציה של כף הרגל הנובעת מספסטיות בילדים הסובלים משיתוק מוחין מגיל שנתיים ומעלה;

(5) ספסטיות פוקאלית בגפה העליונה הנובעת משבץ מוחי בחולים לאחר שבץ קשה עם ספסטיות קשה ביד אשר אינה משתפרת תחת טיפול פומי או פיסיותרפיה;

צו תש"ע-2009

(6) טיפול באי-שליטה במתן שתן בחולים עם שלפוחית שתן נוירוגנית על רקע פגיעה יציבה מתחת לצוואר בחוט שדרה או על רקע טרשת נפוצה.

צו תשע"ד-2013

(38) הוראות לשימוש בתרופה PREDNISOLONE SYRUP:

צו תש"ס-2000

הטיפול בתרופה יינתן להתוויות האלה:

(1) מצבים אלרגיים: שליטה על מצבים אלרגיים חמורים או מגבילים שלא הגיבו לטיפול קונבנציונלי;

(2) הפרעות המטולוגיות;

(3) טיפול תומך בלוקמיה חריפה של הילדות, לוקמיות ולימפומות במבוגרים.

(39) הוראות לשימוש בתרופה MIDODRINE:

צו תש"ס-2000

התרופה תינתן לטיפול בירידה בלחץ הדם כתוצאה משינוי בתנוחה (Orthostatic Hypotension) ורק אם החולה לוקה בדיסאוטונומיה משפחתית.

(40) הוראות לשימוש בתרופה AZITHROMYCIN:

צו תשס"ב-2001

התרופה תינתן לטיפול בקטינים.

(41) (נמחקה).

צו תשע"ג-2012

(42) הוראות לשימוש בתרופה CALCITONIN, SYNTHETIC SALMON (SALCATONIN) (NASAL SPRAY):

צו תשס"ב-2001

התרופה תינתן לטיפול בכאבי עצמות עם אוסטיאוליזיס או אוסטיאופניה בחולים הסובלים מתלסמיה, אי ספיקה כלייתית כרונית, המופיליה או מחלת פאג'ט.

(43) הוראות לשימוש בתרופות COAGULATION FACTOR IX, RECOMBINANT ו-ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIII, RECOMBINANT:

צו תשס"ב-2001

1. התרופות האמורות יינתנו לטיפול בקטינים בלא היסטוריה משפחתית של התפתחות נוגדן לאחר חשיפות מועטות לתרכיזי קרישה שמקורם בדם אנושי.

2. התרופות האמורות יינתנו במרכז ארצי לטיפול בחולי המופיליה שנקבע לכך על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות.

(44) הוראות לשימוש בתרופות EPOIETIN ALFA, EPOIETIN BETA, EPOETIN THETA (r-HuEPO), DARBEPOETIN ALFA:

צו תשס"ב-2001

צו תשס"ד-2004

צו תשע"ד-2013

התרופות יינתנו בכל אחד מאלה:

1. אנמיה חמורה (Severe anemia) בחולי אי ספיקה כלייתית כרונית.

צו תשס"ג-2002

2. חולים אנמיים הסובלים ממחלה ממאירה והמקבלים טיפול פעיל ייעודי במחלתם וכן לחולים הסובלים ממיאלומה נפוצה (Multiple myeloma) או מהתסמונת המיאלודיספלסטית (Myelodisplastic syndrome) שנתקיימו בהם כל אלה:

(1) אחד מהתנאים האלה:

א. רמת המוגלובין נמוכה מ-8 גרם %;

ב. החולה מרותק למיטתו בכלל אנמיה המלווה במחלת לב איסכמית או באי ספיקה לבבית;

ג. החולה נזקק לקבלת שתי מנות דם לפחות פעם בשבועיים במשך חודשיים;

(2) נשללה סיבה אחרת לאנמיה שאינה קשורה לטיפול הייעודי במחלתם האמורה לעיל ובכלל זה דימום, חוסר ברזל, חוסר חומצה פולית, חוסר ויטמין B12 והמוליזה;

(3) רמת אריתרופואטין בנסיוב נמוכה מ-100mu/ml.

(45) הוראת לשימוש בתרופה OCTREOTIDE:

צו תשס"ג-2002

הטיפול בתרופה האמורה יינתן לטיפול בחולה הסובל מאחד מאלה:

(1) אקרומגליה;

(2) גידולים אנדוקריניים גסטרו-אנטרו-לבלביים או גידולים קרצינואידים;

(45א) הוראות לשימוש בתרופה LANREOTIDE:

צו תשס"ג-2002

הטיפול בתרופה האמורה יינתן לטיפול בחולה הסובל מאחד מאלה:

(1) אקרומגליה;

(2) גידולים נוירואנדוקרינים (במיוחד גידולים קרצינואידים);

צו תשס"ח-2007

(46) הוראות לשימוש בתרופות LEVONORGESTREL (INTRA UTERINA DEVICE):

צו תשס"ב-2001

התרופה תינתן לטיפול בנשים שמלאו להן 45 שנים הסובלות ממנורגיה קשה לאחר שמוצו אפשרויות הטיפול התרופתיות הכלולות בסל שירותי הבריאות.

(47) הוראות לשימוש בתרופה LEVONORGESTREL (TABLETS):

צו תשס"ב-2001

התרופה תינתן לנפגעות אונס לשם מניעת הריון או הפסקתו.

(48) הוראות לשימוש בתרופה PALIVIZUMAB:

צו תשס"ב-2001

1. התרופה תינתן לטיפול מניעתי של זיהום על ידי (Respiratory Syncitial Virus) RSV בכל אחד ממקרים אלה:

(1) פגים וקטינים שנולדו כפגים ושלא מלאו להם שנתיים הלוקים במחלת ריאות כרונית הזקוקים לטיפול בחמצן;

(2) פגים ומי שנולדו פגים ושלא מלאה להם שנה הלוקים במחלת הריאות (Broncho Pulmonary Dysplasia) BPD שאובחנה אצלם על ידי צילום חזה אופייני וסימנים קליניים בגיל מתוקן של 36 שבועות הריון ושנזקקו לטיפול באחד מאלה: חמצן, משתנים, קורטיקוסטרואידים או מרחיבי סימפונות;

(3) פגים ומי שנולדו פגים ושלא מלאה להם שנה, אם נולדו בטרם מלאו 32 שבועות הריון + 6 ימים;

צו תש"ע-2009

צו תשע"א-2011

(3א) פגים ומי שנולדו פגים ושלא מלאה להם חצי שנה, אם נולדו בטרם מלאו 34 שבועות היריון + 6 ימים;

צו תשע"ד-2013

צו תשע"ה-2015

(4) ליילודים הסובלים ממחלת לב מולדת מ-Congenital heart disease ובהתקיים אחד מאלה:

צו תשס"ו-2006

צו תש"ע-2009

(א) יילודים המקבלים טיפול תרופתי לאי-ספיקת לב;

(ב) יילודים עם יתר לחץ דם ריאתי בינוני עד חמור;

(ג) יילודים עם מחלת לב ציאנוטית;

(5) יילודים שלא מלאה להם שנה שנולדו במשקל נמוך מ-1 ק"ג, בלא תלות בשבוע הלידה;

צו תש"ע-2009

(6) יילודים שלא מלאה להם שנה, הסובלים ממחלת ריאות כרונית קשה, בלא תלות בשבוע הלידה.

צו תש"ע-2009

2. התרופה תינתן בחודשים נובמבר עד מרס בכל שנה.

(49) הוראות לשימוש בתרופות MIRTAZAPINE, REBOXETINE, VENLAFAXINE:

צו תשס"ב-2001

צו תשס"ג-2002

התרופות יינתנו לטיפול בדיכאון לאחר כשלון טיפולי בתרופה ממשפחת ה-SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors).

(50) הוראות לשימוש בתרופה PEG-L-ASPARAGINASE:

צו תשס"ב-2001

התרופה תינתן לטיפול בחולים הסובלים מרגישות לטיפול ב-ASPARAGINASE או שפיתחו תופעות לוואי לטיפול כאמור.

(51) הוראות לשימוש בתרופה FLUCONAZOLE:

צו תשס"ג-2002

התרופה תינתן –

(1) לטיפול בחולה הסובל מקריפטוקוקוזיס, כולל דלקת קרום מוח קריפטוקוקאלית;

(2) לטיפול בחולה הסובל מקנדידיאזיס מוקוזאלית;

(3) לחולה העובר השתלת מוח עצם, או מטופל בכימותרפיה ציטוטוקסית או מטופל בהקרנות – לצורך טיפולי או מניעתי של קנדידיאזיס;

(52) הוראות לשימוש בתרופה ITRACONAZOLE:

צו תשס"ג-2002

התרופה תינתן –

(1) לטיפול בחולה הסובל מבלסטומיקוזיס (ריאתית וחוץ ריאתית);

(2) לטיפול בחולה הסובל מהיסטופלסמוזיס;

(3) לחולה מדוכא מערכת חיסון הסובל מנויטרופניה – לשם מניעת זיהומים פטרייתיים;

(53) הוראות לשימוש בתרופות CANDESARTAN, CANDESARTAN+HYDROCHLOROTHIAZIDE CD, LOSARTAN, LOSARTAN+HYDROCHLOROTHIAZIDE CD, OLMESARTAN VALSARTAN, VALSARTAN+HYDROCHLOROTHLAZIDE CD

צו תשס"ו-2006

צו תשס"ח-2007

צו תש"ע-2009

התרופות האמורות יינתנו במקרים האלה:

(1) חולים הסובלים מיתר לחץ דם או אי-ספיקת לב הסובלים בנוסף מרגישות לטיפול בתכשירים השייכים למשפחת מעכבי ACE או שפיתחו תופעות לוואי לטיפול כאמור;

(2) לחולים הסובלים מפרוטאינוריה מעל 1 גרם בשילוב עם מעכבי ACE;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(3) טיפול בחלבון בשתן מתחת ל-1 גרם ומעל ל-30 מ"ג, בעבור חולים שלא סובלים מיתר לחץ דם או אי-ספיקת לב, הסובלים בנוסף מרגישות לטיפול בתכשירים השייכים למשפחת מעכבי ACE או שפיתחו תופעות לוואי לטיפול כאמור.

(54) הוראות לשימוש בתרופות INFLIXIMAB, ETANERCEPT:

צו תשס"ג-2002

(1) התרופה INFLIXIMAB תינתן לטיפול בחולה הסובל מאחד מאלה:

(א) מחלת קרוהן פעילה בינונית עד חמורה, בחולה שמיצה טיפול קודם – טיפול לא ביולוגי או טיפול ביולוגי;

צו תשע"ו-2015

(ב) (נמחקה);

צו תשע"ו-2015

(ג) ארתריטיס ראומטואידית – אם החולה לא הגיב לטיפול ב-METHOTREXATE והטיפול דרוש לצורך הפחתת הסימנים והתסמינים; הטיפול יינתן בשילוב עם METHOTREXATE ובכפוף לתנאי פסקה 3;

(ד) דלקת פרקים פסוריאטית קשה, אם החולה לא הגיב לטיפול בתרופות SALAZOPYRIN, METHOTREXATE ממשפחת ה-DMARDs; הטיפול יינתן בשילוב עם METHOTREXATE;

צו תשס"ו-2006

(ה) אנקילוזינג ספונדיליטיס קשה, אם החולה לא הגיב לטיפול קונבנציונלי; במקרה של הוריאנט דמוי אנקילוזינג ספונדיליטיס הקשור בפסוריאזיס, תהיה ההוריה כמו באנקילוזינג ספונדיליטיס ראשונית;

צו תשס"ו-2006

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(ו) פסוריאזיס, בהתקיים כל התנאים האלה:

צו תשס"ח-2007

(1) החולה סובל מאחד מאלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(א) מחלה מפושטת מעל ל-50% של שטח גוף או PASI מעל 50;

(ב) נגעים באזורי גוף רגישים;

(2) החולה קיבל שני טיפולים סיסטמיים לפחות בלא שיפור של 50% לפחות ב-PASI לאחר סיום הטיפול בהשוואה לתחילת הטיפול;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

בהתייחס לחולה העונה על האמור בפסקת משנה (1)(ב) – החולה קיבל שני טיפולים סיסטמיים לפחות בלא שיפור משמעותי לאחר סיום הטיפול בהשוואה לתחילת הטיפול;

(3) התרופה תינתן על פי מרשם של רופא מומחה בדרמטולוגיה;

(4) (נמחקה).

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(ז) טיפול במחלת מעי דלקתית מסוג ulcerative colitis בחולה שמיצה טיפול קודם – טיפול לא ביולוגי או טיפול ביולוגי.

צו תש"ע-2009

צו תשע"ו-2015

(2) התרופה ETANERCEPT תינתן לטיפול בחולה הסובל מאחד מאלה:

(א) ארתריטיס ראומטואידית – כאשר התגובה לתכשירים ממשפחת ה-DMARDs איננה מספקת, בכפוף לתנאי פסקה 3;

צו תשס"ח-2007

(ב) ארתריטיס כרוני בצעירים (Juvenile chronic arthritis) – בקטינים שמלאו להם 4 שנים וטרם מלאו להם 17 שנים הסובלים ממהלך מחלה רב-מפרקי פעיל ושלא הגיבו לטיפול ב-METHOTREXATE או שאינם מסוגלים לקבל טיפול כאמור;

(ג) דלקת פרקים פסוריאטית קשה, כאשר התגובה לתכשירים ממשפחת ה-DMARDs איננה מספקת ולאחר כישלון או אי-סבילות ל-SALAZOPYRIN או METHOTREXATE;

צו תשס"ו-2006

(ד) אנקילוזינג ספונדיליטיס קשה אם החולה לא הגיב לטיפול קונבנציונלי; במקרה של הוריאנט דמוי אנקילוזינג ספונדיליטיס הקשור בפסוריאזיס, תהיה ההוריה כמו באנקילוזינג ספונדיליטיס ראשונית;

צו תשס"ו-2006

(ה) פסוריאזיס מלווה בוריאנט דמוי אנקילוזינג ספונדליטיס, אם החולה לא הגיב לטיפול קונבנציונלי;

צו תשס"ו-2006

(ו) פסוריאזיס בהתקיים כל התנאים האלה:

צו תשס"ח-2007

(1) החולה סובל מאחד מאלה:

צו תש"ע-2009

(א) מחלה מפושטת מעל ל-50% של שטח גוף או PASI מעל 50;

(ב) נגעים באזורי גוף רגישים;

(2) החולה קיבל שני טיפולים סיסטמיים לפחות בלא שיפור של 50% לפחות ב-PASI לאחר סיום הטיפול בהשוואה לתחילת הטיפול; בהתייחס לחולה העונה על האמור בפסקת משנה (1)(ב) – החולה קיבל שני טיפולים סיסטמיים לפחות בלא שיפור משמעותי לאחר סיום הטיפול בהשוואה לתחילת הטיפול;

צו תש"ע-2009

(3) התרופה תינתן על פי מרשם של רופא מומחה בדרמטולוגיה;

(4) (נמחקה).

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(3) הטיפול בתרופות INFLIXIMAB ו-ETANERCEPT לחולה העונה על תנאי פסקה 1(ג) או 2(א) לפי הענין, יינתן בהתקיים כל אלה:

(א) קיימת עדות לדלקת פרקים (RA-Rheumatoid Arthritis) פעילה המתבטאת בשלושה מתוך אלה:

(1) מחלה דלקתית בארבעה פרקים ויותר;

(2) שקיעת דם או CRP החורגים מהנורמה;

(3) שינויים אופייניים ל-RA של הפרקים הנגועים;

(4) פגיעה תפקודית.

(ב) לאחר מיצוי הטיפול בתרופות השייכות למשפחת ה-NSAIDs ובתרופות השייכות למשפחת ה-DMARDs;

(55) הוראות לשימוש בתרופה ROSIGLITAZONE:

צו תשס"ו-2006

(1) התרופה תינתן לחולים לאחר מיצוי הטיפול בתכשירים במתן פומי לטיפול בסוכרת והסובלים מ-HbA 1c שווה או גבוה מ-8;

(2) התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה באנדוקרינולוגיה או במחלות מטבוליות או סוכרת;

(3) הטיפול בתרופה האמורה ייפסק בהתקיים אחד מאלה:

(א) החולה פיתח תופעות לוואי לטיפול;

(ב) ירידה ב-HbA 1c של פחות מ-1% לאחר שלושה חודשי טיפול;

(ג) החולה סובל מאחד מאלה: עליה גדולה במשקל; עליה גבוהה ברמת LDL; בצקות קשות; פגיעה בתפקודי הכבד;

(56) הוראות לשימוש בתרופה FOSFOMYCIN:

צו תשס"ג-2002

התרופה האמורה תינתן לנשים הרות לשם טיפול בזיהומים בדרכי השתן;

(57) הוראות לשימוש בתרופות DURATEARS CD, HYPOTEARS CD, LIQUIFILM TEARS CD, REFRESH CD, TEARS NATURALE CD, VISCOTEARS CD, HYALURONIC ACID;

צו תשס"ג-2002

צו תשע"א-2011

התרופות האמורות יינתנו לחולים הסובלים מדיסאוטונומיה משפחתית;

(58) הוראות לשימוש בתרופה INTERFERON ALFA 2A:

צו תשס"ד-2004

הטיפול בתרופה האמורה יינתן לטיפול באחד מאלה:

(1) קונדילומטה אקומינטה;

(2) הפטיטיס B;

(3) הפטיטיס C;

(4) לוקמיה מסוג Hairy Cell;

(5) לוקמיה מסוג CML;

(6) Kaposi’s sarcoma בחולי AIDS;

(7) קרצינומה כלייתית;

(8) לימפומה פוליקולרית מסוג Non-Hodgkins;

(9) מלנומה ממאירה בחולים המוגדרים כ-AJCC stage II.

(59) הוראות לשימוש בתרופה SOMATROPIN (RECOMBINANT HUMAN GROWTH HORMONE):

צו תש"ע-2009

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) קומה נמוכה על רקע של כשל בהפרשה או הפרשה לא מתאימה של הורמון גדילה היפופיזרי;

(ב) קומה נמוכה על רקע של תסמונת טרנר;

(ג) קומה נמוכה עם אי-ספיקה כליתית;

(ד) הפרעת גדילה (גובה נמוך מ-2.5 סטיות תקן) בילדים שנולדו נמוכים לגילם (SGA) ולא השלימו גדילה עד גיל 4 שנים;

(ה) חסר בהורמון גדילה במבוגרים הנובע מחסר בהורמון גדילה שהחל בילדות או מחסר נרכש על רקע פתולוגיה בהיפותלמוס או בהיפופיזה, כאשר ישנו חסר של שני צירים הורמונליים נוספים לפחות;

(2) הטיפול בתרופה לגבי פסקת משנה (1)(א) עד (ד) ייעשה בהתאם לאישור ועדת ההיגוי לטיפול בהורמון גדילה של משרד הבריאות;

(3) תחילת הטיפול בתרופה לגבי פסקת משנה (1)(ה) תיעשה על פי מרשם של רופא מומחה באנדוקרינולוגיה.

(60) הוראות לשימוש בתרופה ZOLDERONIC ACID:

צו תשס"ח-2007

התרופה האמורה תינתן לטיפול בכל אחד מאלה:

(1) היפרקלצמיה (יתר סידן דמי) הנובעת מגידול ממאיר;

(2) גרורות בעצמות מגידולים סולידיים;

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ו-2015

קיבל החולה טיפול באחת מהתרופות Densounab, Zoledronic acid – לא יקבל טיפול בתרופה האחרת, למחלה זו.

(3) חולי אוסטיאופורוזיס (נשים וגברים) הזכאים לטיפול על פי הקריטריונים הקיימים בסל לטיפול בביספוספונאטים או Raloxifene לאחר מיצוי הטיפולים הפומיים הקיימים בסל או החמרה מובהקת של אוסטיאופורוזיס בטיפול קבוע בביספוספונאטים או רלוקסיפן בשנתיים האחרונות;

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ג-2012

אם קיבל החולה טיפול ב-Zoledronic acid – לא יקבל טיפול ב-Densoumab או Strontium Ranelate 12 חודשים מהמנה האחרונה;

אם קיבל החולה טיפול ב-Denosumab – לא יקבל טיפול ב-Zoledronic acid או Strontium Ranelate 6 חודשים מהמנה האחרונה;

(3א) אוסטיאופורוזיס לאחר שבר בצוואר הירך;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ג-2012

אם קיבל החולה טיפול ב-Zoledronic acid – לא יקבל טיפול ב-Densoumab או Strontium Ranelate 12 חודשים מהמנה האחרונה;

אם קיבל החולה טיפול ב-Denosumab – לא יקבל טיפול ב-Zoledronic acid או Strontium Ranelate 6 חודשים מהמנה האחרונה;

(4) חולי מחלת פאג'ט פעילה הסובלים מאחד מאלה:

צו תש"ע-2009

(א) כאבים והגבלה בתפקוד מלווים בעליה ברמות פוספטאזה בסיסית או במיפוי עצמות חיובי;

(ב) ביטויים של המחלה בגולגולת הראש;

(ג) נזק אוסטיאו-ארתריטי העשוי לחייב תיקון של מפרק הירך;

על אף האמור בפסקת משנה (1) הטיפול בתכשיר לא יינתן לחולים הסובלים מנגעים סקלרוטיים (מחלה לא פעילה) או לחולים בעלי מיפוי עצמות שלילי.

צו תש"ע-2009

(61) הוראות לשימוש בתרופות ALEFACEPT, EFALIZUMAB, USTEKINUMAB:

צו תשס"ח-2007

צו תשע"א-2011

(1) הטיפול בתרופות האמורות יינתן לטיפול בפסוריאזיס בהתקיים כל התנאים האלה:

צו תש"ע-2009

(א) החולה סובל מאחד מאלה:

(1) מחלה מפושטת מעל ל-50% של שטח גוף או PASI מעל 50;

(2) נגעים באזורי גוף רגישים;

(ב) החולה קיבל שני טיפולים סיסטמיים לפחות בלא שיפור של 50% לפחות ב-PASI לאחר סיום הטיפול בהשוואה לתחילת הטיפול; בהתייחס לחולה העונה על האמור בפסקת משנה (א)(2) – החולה קיבל שני טיפולים סיסטמיים לפחות בלא שיפור משמעותי לאחר סיום הטיפול בהשוואה לתחילת הטיפול;

(2) התרופות יינתנו על פי מרשם של רופא מומחה בדרמטולוגיה;

(3) (נמחקה).

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(62) הוראות לשימוש בתרופה CASPOFUNGIN:

צו תשס"ו-2006

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) אספרגילוזיס חודרני בחולים שנכשלו או שפיתחו אי-סבילות באחד הטיפולים האחרים כגון: אמפוטריצין B, פורמולות ליפידיות של אמפוטריצין B או איטרקונזול;

(2) זיהומי קנדידה חודרניים קשים העמידים לטיפול ב-FLUCONAZOLE.

(63) הוראות לשימוש בתרופה DACLIZUMAB:

צו תשס"ו-2006

(1) התרופה תינתן לטיפול במושתלי כליה;

(2) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות.

(64) הוראות לשימוש בתרופה EVEROLIMUS:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) מושתלי כליה;

(ב) מושתלי לב;

(ג) מושתלי ריאה;

(ג1) מושתלי כבד;

צו תשע"ה-2015

(ד) סרטן כליה מתקדם או גרורתי, לאחר כשל בטיפול קודם באחת מתרופות אלה – Sorafenib, Sunitinib, Temsirolimus, Pazopanib;

צו תשע"א-2011

במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בשתי תרופות בלבד מהתרופות המפורטות להלן – SUNITINIB, SORAFENIB, EVEROLIMUS, TEMSIROLIMUS;

(ה) אסטרוציטומה תת-אפנדימאלית של תאי (SEGA – subependymal giant cell astrocytoma) ענק הקשורה ל-tuberous sclerosis (SEGA associated tuberous sclerosis);

צו תשע"ג-2012

(ו) גידול נוירו אנדוקריני ממקור לבלבי (pNET) מתקדם או גרורתי; במהלך מחלתו יהיה החולה זכאי לטיפול בתרופה אחת בלבד מהתרופות האלה: SUNITINIB' EVEROLIMUS;

צו תשע"ג-2012

(ז) טיפול בנשים פוסטמנופאוזליות עם סרטן שד בשלב מתקדם או גרורתי חיובי לקולטנים הורמונליים, HER2 שלילי, בלא מחלה ויסרלית סימפטומטית לאחר התקדמות של מחלתן בטיפול עם מעכב אורמטאז לא סטרואידלי שניתן כטיפול במחלתן המתקדמת או הגרורתית, ושטרם קיבלו טיפול בכימותרפיה למחלתן המתקדמת או הגרורתית, למעט חולות שקיבלו טיפול כימותרפי לצורך איזון משבר ויסרלי סימפטומטי;

צו תשע"ד-2013

צו תשע"ה-2015

(ח) אנגיומיוליפומה כלייתית בחולי TSC (Tuberous sclerosis complex), בחולים עם נגע בגודל שווה ל-3 ס"מ או גדול מ-3 ס"מ;

צו תשע"ה-2015

(2) הטיפול בתרופה לגבי פסקת משנה (1)(א) עד (ג1) ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות;

צו תשע"ה-2015

(3) הטיפול בתרופה לגבי פסקת משנה (1)(ד), (ו) ו-(ז) ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה;

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

(4) הטיפול בתרופה לגבי פסקת משנה (1)(ה) ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה או נוירולוגיה;

צו תשע"ג-2012

(65) הוראות לשימוש בתרופות INSULIN DETEMIR ו-INSULIN GLARGINE:

צו תשס"ח-2007

צו תש"ע-2009

התרופות האמורות יינתנו לחולי סוכרת.

(66) הוראות לשימוש בתרופה MYCOPHENOLIC ACID:

צו תשס"ו-2006

(1) התרופה תינתן לטיפול במושתלי כליה או במושתלי ריאה;

צו תש"ע-2009

(2) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות.

(67) הוראות לשימוש בתרופה SIROLIMUS:

צו תשס"ו-2006

(1) התרופה תינתן לטיפול במושתלי כליה;

(2) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות.

(68) הוראות לשימוש בתרופה THALIDOMIDE:

צו תשס"ו-2006

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים אלה:

(א) מיאלומה נפוצה גם כקו טיפול ראשון;

צו תש"ע-2009

(ב) טיפול בהתבטאויות עוריות של ENL (Erythema nodosum Leprosum) בדרגת חומרה בינונית עד קשה;

(2) הטיפול בתרופה לפי פסקה (1)(א) ייעשה רק לפי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה או רופא מומחה בהמטולוגיה.

(69) הוראות לשימוש בתרופה VORICONAZOLE:

צו תשס"ו-2006

התרופה תינתן לטיפול במקרים אלה:

(1) אספרגילוזיס בחולים שנכשלו או שפיתחו אי-סבילות באחד הטיפולים האחרים כגון: אמפוטריצין B, פורמולות ליפידיות של אמפוטריצין B או איטרקונזול;

(2) זיהומי קנדידה חודרניים קשים העמידים לטיפול ב-Fluconazole;

(3) זיהומים פטרייתיים קשים הנגרמים על ידי זני Scedosporium ו-Fusarium.

(70) הוראות לשימוש בתרופה HEPATITIS B IMMUNOGLOBULIN:

צו תשס"ו-2006

התרופה תינתן לטיפול בכל אחד מאלה:

(1) מניעה לאחר חשיפה לוירוס HBV;

(2) יילודים לאימהות נשאיות HBV;

(3) חיסון פסיבי למניעת זיהום חוזר ב-HBV לאחר השתלת כבד.

(71) הוראות לשימוש בתרופה TRIPTORELIN 3.75 MG CR:

צו תשס"ו-2006

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) הפחתת הורמוני מין בגברים פדופילים;

(1א) הפחתת הורמוני מין בגברים הסובלים מפאראפיליות הכרוכות בדחף מיני מוגבר, עיסוק אינטניסיבי בפנטזיות ובדחפים מיניים סוטים, עד כדי פגיעה משמעותית בתפקוד ובסיכון מוחשי לזולת;

צו תשע"ד-2013

(2) סרטן הערמונית;

(3) אנדומטריוזיס;

(4) UTERUS MYOMATOSUS;

(5) טיפולי פוריות.

(72) הוראות לשימוש בתרופה VALGANCICLOVIR:

צו תשס"ו-2006

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

התרופה תינתן למניעת מחלה CMV במושתלי איברים שהם CMV negative המקבלים תרומת איבר מתורם שהוא CMV positive.

(73) הוראות לשימוש בתרופה ADEFOVIR:

צו תשס"ח-2007

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

התרופה האמורה תינתן לטיפול בחולים בהפטיטיס B כרוני שמיצו את הטיפול התרופתי בקו אחד לפחות.

(74) הוראות לשימוש בתרופה AMISULPIRIDE:

צו תשס"ח-2007

(1) הטיפול בתרופה האמורה יינתן לאחד מאלה:

(א) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה, ובהתקיים אחד מהתנאים האלה:

(1) המטופל מוגדר כבעל קווי התנהגות תוקפניים, וכטיפול ראשון;

(2) המטופל לא הגיב לטיפול בתרופה אנטיפסיכוטית אטיפית שניתנה לו כקו טיפול ראשון או פיתח תופעות לוואי קשות לטיפול כאמור;

צו תשע"ה-2015

(ב) למבוטח קטין, הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת, וכטיפול ראשון;

(2) התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בנוירולוגיה, לפי העניין;

צו תש"ע-2009

צו תשע"ה-2015

(3) לא יינתנו לחולה בו בזמן שתי תרופות או יותר ממשפחת התרופות האנטיפסיכוטיות האטיפיות;

(75) הוראות לשימוש בתרופה QUETIAPINE:

צו תשס"ח-2007

(1) הטיפול בתרופה האמורה יינתן לאחד מאלה:

(א) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה;

צו תשע"ה-2015

(ב) למבוטח קטין, הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת;

צו תשע"ה-2015

(ג) טיפול בהפרעה ביפולרית כקו טיפולי שני;

(2) התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בנוירולוגיה, לפי העניין;

צו תש"ע-2009

צו תשע"ה-2015

(3) לא יינתנו לחולה בו בזמן שתי תרופות או יותר ממשפחת התרופות האנטיפסיכוטיות האטיפיות;

(76) הוראות לשימוש בתרופה EZETIMIBE:

צו תשס"ח-2007

התרופה האמורה תינתן להשגת ערך LDL נמוך או שווה ל-100% מ"ג בחולה שמיצה טיפול תרופתי מרבי בסטטינים והעונה על אחד מאלה:

(1) חולה סוכרת הסובל גם ממחלה כלילית פעילה בשנה האחרונה;

(2) חולה היפרכולסטרולמיה משפחתית, בהמלצת מומחה ברפואה פנימית, ברפואת המשפחה או ברפואת ילדים המתמחה בליפידים או בקרדיולוגיה;

(3) חולה שסבל ממחלה כלילית חדה בשנה האחרונה;

(77) (נמחקה);

צו תשע"ג-2012

(78) הוראות לשימוש בתרופה LEVETIRACETAM:

צו תשס"ח-2007

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול באפילפסיה, ורק אם החולה אינו מאוזן על ידי טיפול בתרופה אנטי אפילפטית אחרת מתרופות אלה: Carbamazepine, Valproic acid, Phenytoin, Primidone;

צו תשע"א-2011

(2) מתן התרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה;

(79) הוראות למתן התרופה PNEUMOCOCCAL 7 VALENT CONJUGATE VACCINE:

צו תשס"ח-2007

התרופה תינתן לילדים החל מגיל 8 שבועות ועד לגיל 59 חודשים, אשר משתייכים לקבוצות סיכון האלה:

(1) הפרעות בפעילות הטחול (אנטומיות או תפקודיות), כגון כריתת טחול, חוסר טחול מולד, אנמיה חרמשית (SCD) וכדומה;

צו תשע"ד-2013

(2) ליקויים אימונולוגיים עקב:

(א) מחלות ממאירות, כגון לוקמיה ולימפומה;

(ב) טיפול מדכא חסינות (כגון הקרנות, חומרים ציטוטוקסיים);

(ג) זיהום HIV;

(ד) כל מצב רפואי אחר, המלווה בליקויים של מערכת החיסון;

(3) השתלת איברים, שתל קוכליארי ומח עצם;

(4) דליפות נוזל חוט שדרה עם סיכון לדלקת עוצבה חוזרת;

(5) אי-ספיקת כליות כרונית, תסמונת נפרוטית, טיפול בדיאליזה;

(6) חולי Ataxia Telangiectasia.

צו תש"ע-2009

(80) הוראות למתן התרופה IBANDRONIC ACID:

צו תשס"ח-2007

התרופה האמורה תינתן לטיפול בהיפרקלצמיה (יתר סידן בדם) הנובעת מגידול ממאיר.

(81) הוראות למתן התרופה TOBRAMYCIN INHALATION:

צו תשס"ח-2007

התרופה האמורה תינתן לטיפול נגד פסאודומונס ארוגינוזה בחולי לייפת כיסתית (Cystic Fibrosis);

(82) הוראות למתן התרופה DEFERASIROX –

צו תשס"ח-2007

התרופה האמורה תינתן לחולים עם אנמיות מולדות וזאת לשם טיפול בעודף ברזל כרוני הנובע מעירויי דם;

(83) הוראות למתן התרופה TETRABENAZINE:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) הפרעות תנועה הנובעות ממצבים אורגניים של מערכת העצבים המרכזית;

(ב) הפרעות תנועה בתסמונות שונות כגון תסמונת טורט, חולים הסובלים מדיסטוניות, וחולים הסובלים מ-severe tick disorder;

(2) התחלת הטיפול בתרופה תיעשה על פי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה או פסיכיאטריה.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(84) הוראות למתן התרופה OMALIZUMAB:

צו תשע"ו-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) לטיפול באסטמה קשה מתמדת שאינה מאוזנת למרות טיפול מרבי, נכון ורציף;

(2) לטיפול באורטיקריה כרונית ספונטנית (chronic spontaneous urticarial) בחולה שמתקיים בו כל אלה:

(א) חולה שמחלתו עמידה לטיפולים אחרים במשך שישה חודשים;

(ב) הטיפול בתרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באלרגיה ואימונולוגיה קלינית או ברפואת עור ומין;

(85) הוראות למתן התרופות DULOXETINE, GABAPENTIN, PREGABALIN:

צו תשס"ח-2007

צו תש"ע-2009

התרופות האמורות יינתנו לטיפול בכאב נוירופתי;

(86) הוראות לשימוש בתרופה SILDENAFIL:

צו תשע"ו-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) לטיפול ביתר לחץ דם ריאתי;

(2) טיפול באין אונות;

(87) הוראות לשימוש בתרופה ILOPROST:

צו תשס"ח-2007

התרופה האמורה תינתן לטיפול באחד מאלה:

(1) מחלת עורקים פריפריאלית חסימתית (Peripheral arterial occlusive disease) בטרשת עורקים מתקדמת;

(2) אנגיופתיה סוכרתית;

(3) Thromboangitis obliterans (Buerger’s disease);

(4) תסמונת רנו (Raynaud’s syndrome);

(5) יתר לחץ דם ריאתי.

(88) הוראות לשימוש בתרופה ALGLUCOSIDASE ALFA:

צו תשס"ח-2007

התרופה האמורה תינתן כטיפול אנזימטי חליפי לטווח ארוך לחולים במחלת פומפה (Pompe’s disease) (חסר באנזים אלפא-גלוקוזידאז).

(89) התרופה AMBRISENTAN תינתן לטיפול ביתר לחץ דם ריאתי.

צו תש"ע-2009

(90) התרופה ADALIMUMAB תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו תש"ע-2009

(1) פסוריאזיס בהתקיים כל אלה:

(א) החולה סובל מאחד מאלה:

(1) מחלה מפושטת מעל ל-50% של שטח גוף או PASI מעל 50;

(2) נגעים באזורי גוף רגישים;

(ב) החולה קיבל שני טיפולים סיסטמיים לפחות ללא שיפור של 50% לפחות ב-PASI לאחר סיום הטיפול בהשוואה לתחילת הטיפול;

בהתייחס לחולה העונה על פסקה (1)(א)(2) החולה קיבל שני טיפולים סיסטמיים לפחות בלא שיפור משמעותי לאחר סיום הטיפול בהשוואה לתחילת הטיפול;

(ג) התרופה תינתן על פי מרשם של רופא מומחה בדרמטולוגיה;

(ד) (נמחקה);

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(2) דלקת מפרקים פסוריאטית פעילה ומתקדמת כאשר התגובה לתכשירים ממשפחת ה-DMARDs איננה מספקת;

(3) אנקילוזינג ספונדיליטיס קשה אם החולה לא הגיב לטיפול קונבנציונלי; במקרה של הוריאנט דמוי אנקילוזינג ספונדיליטיס הקשור בפסוריאזיס, תהיה ההוריה כמו באנקילוזינג ספונדיליטיס ראשונית;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(4) מחלת קרוהן בדרגת חומרה בינונית עד קשה בחולה שמיצה טיפול קודם – טיפול לא ביולוגי או טיפול ביולוגי;

צו תשע"ו-2015

(5) (נמחקה);

צו תשע"ו-2015

(6) ארתריטיס אידיופטית מסוג Juvenile (Juvenile idiopathicqrheumatoid arthritis) – בקטינים שמלאו להם 4 שנים וטרם מלאו להם 17 שנים הסובלים ממהלך מחלה רב-מפרקי פעיל כאשר התגובה לטיפול בתרופות משפחת ה-DMARDs לא היתה מספקת או שאינם מסוגלים לקבל טיפול כאמור;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ג-2012

(7) טיפול במחלת מעי דלקתית מסוג קוליטיס כיבית (Ulcerative colitis) בחולה שמיצה טיפול קודם – טיפול לא ביולוגי או טיפול ביולוגי.

צו תשע"ד-2013

צו תשע"ו-2015

(91) הוראות לשימוש בתרופה APOMORPHINE:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול במחלת פרקינסון אשר איננה נשלטת על אף התאמה אישית של מינון עם LEVODOPA או אגוניסטים דופמינרגיים אחרים.

(92) הוראות לשימוש בתרופה APREPITANT:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול כנגד הקאות או בחילות הנובעות מכימותרפיה למקרים האלה:

(1) במטופל בכימותרפיה בעלת פוטנציאל אמטוגני גבוה – נוסף על הטיפול הקיים;

(2) במטופל בכימותרפיה בעלת פוטנציאל אמטוגני בינוני – נוסף על הטיפול הקיים במקרים שבהם למרות מיצוי הטיפול הקיים לא נמנעו הקאות או בחירות במחזור הטיפול הכימותרפי הקודם.

(93) הוראות לשימוש בתרופה AZATHIOPRINE:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) מושתלי כליה;

(ב) מושתלי ריאה;

(ג) ארתריטיס ראומטואידית קשה שאינה מגיבה לטיפול אחר;

(2) הטיפול בתקופה לגבי פסקת משנה (1)(א) עד (ב) ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות.

(94) הוראות לשימוש בתרופה BOSENTAN:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) יתר לחץ דם ריאתי;

(2) טרשת סיסטמית (systemic sclerosis) ומחלה כיבית באצבעות.

(95) הוראות לשימוש בתרופה CICLOSPORINE:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה תינתן לטיפול במושתלי כליה, או מושתלי כבד, או מושתלי לב או מושתלי ריאה;

(2) הטיפול בתרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באימונולוגיה קלינית או רופא מומחה העוסק בתחום ההשתלות.

(96) הוראות לשימוש בתרופה CINACALCET:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) טיפול בהיפרקלצמיה בחולי קרצינומה של הפאראתירואיד;

(2) טיפול בהיפרפאראתירואידיזם משני למחלת כליה סופנית (ESRD – End stage renal disease) לאחר מיצוי הטיפול התרופתי הקיים;

(3) טיפול בהיפרפאראתירואידיזם ראשוני בחולה העונה על כל אלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(א) לאחר מיצוי הטיפולים התרופתיים הקיימים;

(ב) לאחר כשל ניתוחי או כאשר ישנה אינדיקציה לניתוח אך לא ניתן לנתח לפי חוות דעת מנתח;

(ג) אחד מאלה:

(1) החולה סובל מרמות סידן השוות או גבוהות מ-12 מ"ג/דצ"ל;

(2) החולה סובל מסימנים של נזק לאיברי המטרה על רקע היפרפאראתירואידיזם.

(97) הוראות לשימוש בתרופה DEFERIPRONE:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול בעודף ברזל בחולי תלסמיה מייג'ור.

(98) הוראות לשימוש בתרופה DIPYRIDAMOLE+ASPIRIN CD:

צו תש"ע-2009

צו תשע"א-2011

התרופה האמורה תינתן לטיפול מניעתי של אירועים איסכמיים בחולים שלקו בשבץ מוחי.

(99) הוראות לשימוש בתרופה ENTECAVIR:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול בחולים בהפטיטיס B כרונית.

(100) הוראות לשימוש בתרופה FENTANYL CITRATE:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה תינתן לטיפול בכאב מתפרץ בחולי סרטן;

(2) התחלת הטיפול בתרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה, או בהמטואונקולוגיה, או בכאב, או בנוירולוגיה, או בהרדמה;

(101) הוראות לשימוש בתרופה IDURSULFASE:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול בתסמונת הנטר (מוקופוליסכרידוזיס II).

(102) הוראות לשימוש בתרופות INSULIN ASPART+INSULIN ASPART PROTAMINE SULPHATE CD, INSULIN LISPRO+INSULIN LISPRO PROTAMINE SULPHATE CD:

צו תש"ע-2009

התרופות האמורות יינתנו לטיפול בחולי סוכרת.

(103) הוראות לשימוש בתרופה LAMOTRIGINE:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) אפילפסיה, רק אם החולה אינו מאוזן על ידי טיפול בתרופה אנטי אפילפטית אחרת, כגון: Carbamazepine, Valproic acid, Phenytoin, Primidone;

(ב) דיכאון ביפולרי;

(2) הטיפול בתרופה לגבי פסקת משנה (1)(א) ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה;

(3) הטיפול בתרופה לפי פסקת משנה (1)(ב) ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בפסיכיאטריה.

(104) הוראות לשימוש בתרופה LANTHANUM CARBONATE:

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול במקרים אלה:

(1) היפרפוספטמיה בחולי אי-ספיקת כליות כרונית המטופלים בהמודיאליזה או דיאליזה פריטוניאלית, כקו טיפול שני לאחר מיצוי טיפול בתכשירים מבוססי סידן;

(2) היפרפוספטמיה בחולי אי-ספיקת כליות כרונית שאינם מטופלים בדיאליזה, שלבים 3 או 4, כקו טיפול שני לאחר מיצוי טיפול בתכשירים מבוססי סידן.

(105) הוראות לשימוש בתרופה LEUPROLIDE ACETATE:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) אנדומטריוזיס;

(2) סרטן הערמונית;

(3) פיברואידים ברחם;

(4) סרטן שד בנשים פרה-מנופאוזליות ופרי מנופאוזליות;

(5) התבגרות מוקדמת אידיופאתית (Central predodious puberty – CPP).

(106) הוראות לשימוש בתרופה MECASERMIN:

צו תש"ע-2009

התרופה האמורה תינתן לטיפול בהפרעה בגדילה בילדים עם חסר חמור ה-IGF1 או עם מחיקת הגן להורמון גדילה, אשר פיתחו נוגדנים מנטרלים להורמון גדילה.

(107) הוראות לשימוש בתרופה MILNACIPRAN:

צו תש"ע-2009

התרופה האמורה תינתן לטיפול בדיכאון לאחר כשלון טיפולי בתרופה ממשפחת ה-SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors).

(108) הוראות לשימוש בתרופה MODAFINIL:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) שיפור ערנות בחולי נרקולפסיה;

(2) נטייה מוגברת לשינה בחולי טרשת נפוצה, עם ניקוד שווה או גבוה מ-40 לפי סקלת FIS (Fatigue impact scale).

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(109) הוראות לשימוש בתרופה natalizumab

צו תשע"ג-2012

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול בצורות התקפיות (relapsing) של טרשת נפוצה ובהתקיים אחד מאלה:

(א) כקו שני ואילך לאחר כישלון בטיפול קודם;

(ב) כקו ראשון בחולים עם מחלה סוערת;

(ג) בחולים אשר פיתחו תופעות לוואי קשות כתוצאה מטיפול קודם הן ב-Interferon beta והן ב-Glatiramer acetate אשר לדעת הרופא המטפל לא מאפשרות את המשך הטיפול;

(2) הטיפול בתרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה.

(110) הוראות לשימוש בתרופה OXYCODONE+NALOXONE CD:

צו תש"ע-2009

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) התרופה תינתן לטיפול בכאב כרוני בדרגת חומרה בינונית עד קשה;

(2) התרופה תינתן גם כקו טיפולי ראשון לחולים אונקולוגיים, חולים שעברו ניתוחי מעיים וחולים עם עצירות כרונית לפני תחילת הטיפול באופיואידים;

(3) התרופה תינתן לחולים שאינם עונים על פסקת משנה (2) המטופלים באופיואידים, לאחר שכשל הטיפול בעצירות בשני ניסיונות טיפוליים בליווי משלשלים שונים;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(4) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה או רופא מומחה בהמטולוגיה או רופא מומחה בגסטרואנטרולוגיה או רופא מומחה בנוירולוגיה, או רופא מומחה בכאב, או רופא מומחה ברפואת המשפחה.

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(111) הוראות לשימוש בתרופה PALIPERIDONE:

צו תש"ע-2009

(1) הטיפול בתרופה יינתן לאחד מאלה:

(א) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה, ובהתקיים אחד מהתנאים האלה:

(1) המטופל מוגדר כבעל קווי התנהגות תוקפניים, כטיפול ראשון;

(2) המטופל לא הגיב לטיפול בתרופה אנטיפסיכוטית אטיפית שניתנה לו כקו טיפול ראשון או פיתח תופעות לוואי קשות לטיפול כאמור;

צו תשע"ה-2015

(ב) למבוטח קטין הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת, כטיפול ראשון;

(2) התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בנוירולוגיה, לפי העניין;

צו תשע"ה-2015

(3) לא יינתנו לחולה בו-זמנית שתי תרופות או יותר ממשפחת התרופות האנטיפסיכוטיות האטיפיות.

(112) הוראות לשימוש בתרופה PEGFILGRASTIM:

צו תש"ע-2009

התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) הפחתת משך נויטרופניה והיארעות של נויטרופניה מלווה בחום בחולים במטופלים בכימותרפיה ציטוטוקסית לממאירות;

(2) מניעת נויטרופניה על רקע ממאירויות המטולוגיות ובחולים המטופלים בכימותרפיה המדכאת את מוח העצם.

(113) הוראות לשימוש בתרופה PEGINTERFERON ALFA 2A:

צו תש"ע-2009

התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) הפטיטיס C כרונית בחולים בוגרים עם HCV-RNA חיובי בסרום ושחמת מפוצה או זיהום מקביל ב-HIV יציב, הן בחולים שטרם טופלו ב-PEGYLATED INTERFERONS (נאיביים לטיפול) והן בחולים שמחלתם חזרה לאחר טיפול ב-PEGYLATED INTERFERONS;

(2) הפטיטיס B כרונית בחולים בוגרים בסטטוס HbeAg חיובי או שלילי, אשר סובלים או לא סובלים משחמת של הכבד, הלוקים במחלת כבד מפוצה ועדות לשכפול ויראלי ודלקת של הכבד.

(114) הוראות לשימוש בתרופה PEGINTERFERON ALFA 2B:

צו תש"ע-2009

התרופה האמורה תינתן לטיפול בהפטיטיס C כרונית בחולים בוגרים עם HCV-RNA חיובי בסרום ושחמת מפוצה או זיהום מקביל ב-HIV יציב, הן בחולים שטרם טופלו ב-PEGYLATED INTERFERONS (נאיביים לטיפול) והן בחולים שמחלתם חזרה לאחר טיפול ה-PEGYLATED INTERFERONS.

(115) הוראות לשימוש בתרופה PEGVISOMANT; התרופה האמורה תינתן במקרים אלה:

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

(1) כמונותרפיה לטיפול באקרומגליה לאחר מיצוי טיפולים קודמים;

(2) בשילוב עם אנלוגים לסומטוסטטין לטיפול באקרומגליה לאחר מיצוי טיפולים קודמים בחולים העונים על אחד מאלה:

(א) חולים שבהם נצפתה הגדלה בנפח הגידול ההיפופיזרי תוך טיפול ב-Pegvisomant כמונותרפיה;

(ב) חולים המטופלים באנלוגים לסומטוסטטין ואינם מאוזנים, והגידול שלהם נושא לכיאזמה האופטית;

(ג) חולים אשר אינם מאוזנים תחת טיפול מקסימלי מומלץ של Pegvisomant.

(116) הוראות לשימוש בתרופה POSACONAZOLE:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) אספרגילוזיס חודרנית לאחר כשל ב-AMPHOTERICIN B או ITRACONAZOLE או VORICONAZOLE;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(ב) פוסריוזיס בחולים רפרקטורים או שאינם יכולים לקבל טיפול ב-AMPHOTERICIN B;

(ג) כרומובלסטומיקוזיס ומיצטומה בחולים רפרקטורים או שאינם יכולים לקבל טיפול ב-ITRACONAZOLE;

(ד) Coccidioidomycosis בחולים רפרקטורים או שאינם יכולים לקבל טיפול ב-AMPHOTERICIN B, ITRACONAZOLE או FLUCONAZOLE;

(ה) Zygomycosis (mucor) בחולים רפרקטורים או שאינם יכולים לקבל טיפול אחר;

צו תשע"ד-2013

(ו) מניעת זיהומים פטרייתיים חודרניים במושתלי מח עצם המטופלים בטיפול המדכא את מערכת החיסון בעבור GVHD (מחלת שתל נגד מאחסן);

צו תשע"א-2011

(2) הטיפול בתרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה במחלות זיהומיות.

(117) הוראות לשימוש בתרופה PRAMIPEXOLE:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במחלת פרקינסון;

(2) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה.

(118) הוראות לשימוש בתרופה SERTINODLE:

צו תש"ע-2009

(1) הטיפול בתרופה יינתן לאחד מאלה:

(א) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה, בהתקיים אחד מהתנאים האלה:

(1) המטופל מוגדל כבעל קווי התנהגות תוקפניים, כטיפול ראשון;

(2) המטופל לא הגיב לטיפול בתרופה אנטיפסיכוטית אטיפית שניתנה לו כקו טיפול ראשון או פיתח תופעות לוואי קשות לטיפול כאמור;

צו תשע"ה-2015

(ב) למבוטח קטין הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת, כטיפול ראשון;

(2) התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בנוירולוגיה, לפי העניין;

צו תשע"ה-2015

(3) לא יינתנו לחולה בו-זמנית שתי תרופות או יותר ממשפחת התרופות האנטיפסיכוטיות האטיפיות.

(119) הוראות לשימוש בתרופה SEVELAMER:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן לטיפול במקרים אלה:

(1) היפרפוספטמיה בחולי אי-ספיקת כליות כרונית המטופלים בהמודיאליזה או דיאליזה פריטוניאלית, כקו טיפול שני לאחר מיצוי טיפול בתכשירים מבוססי סידן;

(2) היפרפוספטמיה בחולי אי-ספיקת כליות כרונית שאינם מטופלים בדיאליזה, שלבים 3 או 4, כקו טיפול שני לאחר מיצוי טיפול בתכשירים מבוססי סידן.

(120) הוראות לשימוש בתרופה TERIPARATIDE:

צו תש"ע-2009

התרופה תינתן לטיפול בהתקיים אחד מאלה:

(1) חולים עם אוסטיאופורוזיס קשה (t score נמוך מ-3.5-) או שבר אוסטיאופורוטי (שבר באזור אופייני בשלד שלא נגרם מחבלה קשה) אשר אינם מסוגלים לקבל טיפול אחר (ביספוספונאטים במתן פומי או תוך ורידי או רלוקסיפן) עקב הוראות נגד או תופעות לוואי;

(2) חולי אוסטיאופורוזיס שבמהלך טיפולים אחרים (כולל ביספוספונאטים במתן פומי או תוך ורידי או רלוקסיפן) חלה הידרדרות משמעותית במצבם המוגדרת כאחד מאלה:

(א) שבר אוסטיאופורוטי;

(ב) הרעה מובהקת במדידות חוזרות של צפיפות העצם, מעבר לטעות המדידה (ירידה, הכוללת את טעות המדידה של המכשיר, של לפחות 5%, בעמוד השדרה או בירך (total hip)) לאחר שנתיים של מיצוי הטיפולים הקיימים;

האמור בפסקאות משנה (א) ו-(ב) כפוף לשלילת סיבות נוספות לכישלון הטיפולי, כגון חסר בויטמין D, עודף ב-PTH וכיוצא באלה.

(121) הוראות לשימוש בתרופה THYROTROPIN ALFA: התרופה האמורה תינתן במקרים האלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) אבחון ומעקב אחר סרטן בבלוטת התריס בהתאם למפורט להלן:

(א) כבדיקת מעקב חד-פעמית לאחר השלמת טיפול בסרטן התירואיד;

(ב) כבדיקת מעקב חוזרת בעבור חולים שבדיקת המעקב הקודמת לא היתה תקינה, אחת לשנה לכל היותר;

(2) טיפול משלים לאבלציה בחולי סרטן בלוטת התריס לאחר ניתוח להסרת הבלוטה (thyroidectomy); הטיפול להתוויה זו יינתן לחולה באופן חד-פעמי.

(122) הוראות לשימוש בתרופה TIOTROPIUM:

צו תש"ע-2009

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD) בחולים עם FEV1 שווה ל-70% או נמוך מ-70% במצב כרוני;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ד-2013

(2) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות.

(123) התרופה VALACYCLOVIR תינתן למניעת מחלת CMV במושתלי איברים.

צו תש"ע-2009

(124) הוראות לשימוש בתרופה ZIPRASIDONE:

צו תש"ע-2009

(1) הטיפול בתרופה יינתן לאחד מאלה:

(א) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה, בהתקיים אחד מהתנאים האלה:

(1) המטופל מוגדר כבעל קווי התנהגות תוקפניים, כטיפול ראשון;

(2) המטופל לא הגיב לטיפול בתרופה אנטיפסיכוטית אטיפית שניתנה לו כקו טיפול ראשון או פיתח תופעות לוואי קשות לטיפול כאמור;

צו תשע"ה-2015

(ב) למבוטח קטין הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת, כטיפול ראשון;

(2) התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בנוירולוגיה, לפי העניין;

צו תשע"ה-2015

(3) לא יינתנו לחולה בו-זמנית שתי תרופות או יותר ממשפחת התרופות האנטיפסיכוטיות האטיפיות.

(125) הוראות לשימוש בתרופה ALISKIREN: התרופה תינתן לטיפול ביתר לחץ דם בחולים הסובלים מנפרופתיה סוכרתית, על אף מיצוי טיפול משולב בחוסמי אנגיוטנסין II ומעכבי ACE;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(126) הוראות לשימוש בתרופה ANIDULAFUNGIN: התרופה תינתן לטיפול בזיהומי קנדידה חודרניים העמידים לטיפול ב-FLUCONAZOLE;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(127) הוראות לשימוש בתרופה ARIPIPRAZOLE:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) הטיפול בתרופה יינתן לאחד מאלה:

(א) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה;

צו תשע"ה-2015

(ב) למבוטח קטין הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת;

צו תשע"ה-2015

(ג) טיפול בהפרעה ביפולרית כקו טיפולי שני;

צו תשע"ג-2012

(2) התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בנוירולוגיה, לפי העניין;

צו תשע"ה-2015

(3) לא יינתנו לחולה בו בזמן שתי תרופות או יותר ממשפחת התרופות האנטיפסיכוטיות האטיפיות;

(128) הוראות לשימוש בתרופות BUPROPION, VARENICLINE: התרופות האמורות יינתנו תינתן לטיפול גמילה מעישון לחולים המשתתפים בסדנה לגמילה מעישון המבוצעת על ידי קופות החולים או מטעמן, או שהשלימו השתתפות בסדנה זו;

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(129) הוראות לשימוש בתרופה RIVAROXABAN: התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"א-2011

(1) מניעת תרומבואמבוליזם לאחר ניתוח להחלפת מפרק הירך;

(2) מניעת תרומבואמבוליזם לאחר ניתוח להחלפת הברך;

(3) מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור עליות המטופלים ב-warfarin וחוו CVA או TIA עם ביטוי קליני במהלך השנה האחרונה;

צו תשע"ג-2012

(4) מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור עליות המטופלים ב-Warfarin ושתועד אצלם INR גבוה;

צו תשע"ג-2012

(5) מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור עליות בלא מחלה מסתמית ו-CHADS2 score בערך 3 ומעלה;

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ה-2015

(130) הוראות לשימוש בתרופה DRONEDARONE:

צו תשע"ג-2012

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) פרפור עליות או רפרוף עליות בחולים שפיתחו תופעות לוואי משמעותיות בטיפול ב-Amiodarone;

(2) קו טיפול ראשון בעבור חולים עם פרפור עליות התקפי ורפרוף עליות התקפי הסובלים גם ממחלת לב כלילית והם עם תפקוד טוב של חדר שמאל ובלא LVH;

(131) הוראות לשימוש בתרופה ECULIZUMAB; התרופה האמורה תינתן במקרים האלה:

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

(1) Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria בחולה העונה על אחד מאלה:

(א) תלוי בעירויי דם (צריכה של 12 מנות דם או יותר לשנה);

(ב) חולה הנזקק לעירוי של פחות מ-12 מנות דם לשנה העונה על אחד מאלה:

(1) סבל מאירוע תרומבוטי מסכן חיים הקשור למחלתו;

(2) סובל מפגיעה כלייתית משמעותית;

(3) במהלך היריון;

מתן התרופה האמורה ייעשה לפי מרשם של מומחה בהמטולוגיה;

(2) atypical hemolytic uremic syndrome ובהתקיים אחד מאלה:

(א) חולים עם אירוע ראשון, בהתקיים כל אלה:

(1) החולה סובל ממחלה המתאפיינת באנמיה מיקרואנגיופטית ואי-ספיקת כליות;

צו תשע"ד-2013

רצוי לתמוך את האבחנה בבדיקה גנטית;

לעניין זה, "אנמיה מיקרואנגיופטית" – אנמיה שמתקיימים בה כל אלה: המוליזה, תרומבוציטופניה, משטח דם עם שברי תאים;

(2) נשללה סיבה אחרת לתסמונת – שלילת HUS ממקור זיהומי, שלילת ADAMT13 (רמות מעל 5%);

(3) לחולה יש רקע משפחתי של aHUS, ואם לחולה אין רקע משפחתי של aHUS, בהתקיים אחד מאלה:

(א) מחלה קשה קלינית (כגון CVA או אנוריה);

(ב) מחלה עמידה לפלסמפרזיס.

(ב) חולה שמחלתו חזרה (Relapse), בהתקיים כל אלה:

(1) החולה סובל ממחלה המתאפיינת באנמיה מיקרואנגיופטית ואי-ספיקת כליות.

צו תשע"ד-2013

רצוי לתמוך את האבחנה בבדיקה גנטית.

לעניין זה, "אנמיה מיקרואנגיופטית" – אנמיה שמתקיימים בה כל אלה: המוליזה, תרומבוציטופניה, משטח דם עם שברי תאים;

(2) נשללה סיבה אחרת לתסמונת – שלילת HUS ממקור זיהומי, שלילת ADAMT13 (רמות מעל 5%);

(3) לחולה יש רקע משפחתי של aHUS, ואם לחולה אין רקע משפחתי של aHUS, כאשר החולה סובל ממחלה קשה קלינית (כגון CVA או אנוריה).

(ג) חולה הסובל מאי-ספיקת כליות סופנית ונדרש לדיאליזה כרונית עם הסתמנות אחרת למחלה פעילה מעבר להסתמנות המטולוגית; לעניין זה –

"הסתמנות המטולוגית" – עדות לאחד מאלה: המוליזה, תרומבוציטופניה, רמת C3 נמוכה;

"הסתמנות אחרת" – אחד מאלה: עצבית, לבבית, מחלת כלי דם ברורה.

(ד) חולה הסובל מאי-ספיקת כליות סופנית המועמד להשתלת כליה מבודדת.

(ה) חולה לאחר השתלת כליה עקב אי-ספיקת כליות סופנית על רקע רפואי אחר, אם לאחר השתלת הכליה יש הופעה של aHUS; חולה זה יוגדר כסובל מאירוע ראשון ויטופל בתכשיר ובהתאם למסגרת ההכללה שהוגדרה בעבור חולים עם אירוע ראשון כאמור בפסקת משנה (א).

מתן התרופה האמורה ייעשה לפי מרשם של מומחה בנפרולוגיה ילדים.

(132) הוראות לשימוש בתרופה EPLERENONE:

צו תשע"ו-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) חולים הסובלים מהפרעות בתפקוד החדר השמאלי בלב ואי-ספיקה לבבית בעקבות אוטם שריר הלב שאירע לאחרונה, שהתחילו טיפול ב-Spironolactone ופיתחו תופעות לוואי משמעותיות לטיפול, כגון גינקומסטיאה חמורה;

(2) חולים הסובלים מאי-ספיקה לבבית כרונית (דרגה NYHA 2 ומעלה) ופגיעה בתפקוד הסיסטולי של החדר השמאלי שטופלו ב-Spironolactone ופיתחו תופעות לוואי משמעותיות לטיפול, כגון גינקומסטיאה חמורה;

(133) הוראות לשימוש בתרופות EXENATIDE, LIRAGLUTIDE, LIXISENATIDE: התרופות האמורות יינתנו לטיפול בחולי סוכרת סוג 2 העונים על כל אלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ו-2015

(1) אחד מאלה:

צו תשע"ו-2015

(א) BMI מעל 30 ו-HbA1c מעל 7.5;

(ב) BMI בין 28 לבין 30 ו-HbA1c מעל 9.0;

(2) HbA1c מעל 7.5;

צו תשע"ג-2012

(3) לאחר מיצוי הטיפול התרופתי בשתי תרופות פומיות, לכל הפחות;

(134) הוראות לשימוש בתרופה GAMMA GLOBULIN HUMAN: התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) חסר חיסוני ראשוני (חולים עם פגיעה ראשונית בייצור נוגדנים כגון אגמגלובולינמיה, היפוגמגלובולינמיה או ITP (Idiopathic thrombocytopenic purpura);

(2) חסר חיסוני ספציפי, מניעה או טיפול בחצבת או הפטיטיס A ויראלית;

(3) Chronic inflammatory demyelineating polyneuropathy – CIDP;

(4) טיפול בחולי לוקמיה מסוג CLL הסובלים מהיפוגמגלובולינמיה משנית חמורה וזיהומים חוזרים;

(135) הוראות לשימוש בתרופה ICATIBANT: התרופה תינתן לטיפול סימפטומטי בהתקפים חריפים של אנגיואדמה תורשתית בחולים עם חסר ב-C1 esterase inhibitor ובהתקיים כל אלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

צו תשע"ה-2015

(1) החולה מצוי בטיפול ומעקב של מרפאה לאימונולוגיה קלינית;

(2) החולה סובל מהתקפים חוזרים של כאבי בטן חזקים או התקפים חוזרים של היצרות לרינקס;

(3) הטיפול יינתן באישור מומחה באלרגיה ואימונולוגיה המטפל בחולה במסגרת מרפאה לאימונולוגיה קלינית;

(4) לא יינתנו לחולה באותו התקף שתי התרופות – ICATIBANT, C1 ESTERASE INHIBITOR, HUMAN;

צו תשע"ג-2012

(136) הוראות לשימוש בתרופה LEFLUNOMIDE: התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) חולה בגיר הסובל מארתריטיס ראומטואידית, לאחר כישלון טיפולי או חוסר סבילות לטיפול בתרופה METHOTREXATE;

צו תשע"ד-2013

(2) חולה בגיר הסובל מדלקת מפרקים פסוריאטית, לאחר כישלון טיפולי או חוסר סבילות לטיפול בתרופה METHOTREXATE;

צו תשע"ד-2013

(137) הוראות לשימוש בתרופה PARICALCITOL:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) התרופה תינתן לטיפול בהיפרפאראתירואידיזם משני לאי-ספיקה כלייתית כרונית (שלב 5) בחולים המטופלים בדיאליזה אשר על אף טיפול מקסימלי באלפא D3 לא הורידו רמות הורמון פאראתירואיד (PTH) לרמות בטווח הנורמלי, או שהטיפול האמור גרם להיפרקלצמיה או היפרפוספטמיה משמעותית;

(2) התרופה תינתן לטיפול בהיפרפאראתירואידיזם משני לאי-ספיקה כלייתית (שלב 4) אשר על אף טיפול מקסימלי באלפא D3 לא הורידו רמות הורמון פאראתירואיד (PTH) לרמות בטווח הנורמלי, או שהטיפול האמור גרם להיפרקלצמיה או היפרפוספטמיה משמעותית;

צו תשע"ד-2013

(138) הוראות לשימוש בתרופה PLERIXAFOR: התרופה תינתן למוביליזציה של תאי גזע להשתלת מוח עצם בחולה העונה על כל אלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) חולה לימפומה או מיאלומה נפוצה שכשל במוביליזציה קודמת;

(2) החולה אמור לעבור השתלת מוח עצם בתוך זמן קצר מהמוביליזציה;

(139) הוראות לשימוש בתרופה PRASUGREL:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) מניעת אירועים אתרותרומבוטיים בחולים עם תסמונת כלילית חריפה (ACS) לאחר צנתור לב טיפולי, אשר פיתחו stent thrombosis תחת טיפול ב-Clopidogrel בתוך שנה מהצנתור; משך הטיפול בתכשיר לא יעלה על 12 חודשים;

(2) מניאת אירועים אתרותרומבוטיים בחולים עם ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) לאחר צנתור לב; משך הטיפול בתכשיר לא יעלה על 12 חודשים;

(3) מניעת אירועים אתרותרומבוטיים – בעבור חולי ACS בלא עליית מקטע ST (חולי NSTEMI או תעוקת חזה בלתי יציבה) עם טרופונין חיובי העוברים PCI עם השתלת תומך; משך הטיפול בתכשיר לא יעלה על 12 חודשים;

צו תשע"ג-2012

(140) הוראות לשימוש בתרופה RASAGILINE: התרופה האמורה תינתן לטיפול במחלת פרקינסון בחולה העונה על כל אלה:

צו (מס' 2)   
תש"ע-2010

(1) החולה לוקה במחלת פרקינסון אידיופטית (לא כולל תסמונות פרקינסוניות אחרות);

(2) לא חלפו יותר משלוש שנים מעת אבחנתו במחלה על ידי מומחה בנוירולוגיה;

(3) החולה לא לוקה במחלה נוירולוגית מוחית אחרת או דמנציה;

(141) הוראות לשימוש בתרופה AMIFAMPRIDINE PHOSPHATE:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן לטיפול בתסמונת LEMS (Lambert Eaton myasthenic syndrome);

(142) הוראות לשימוש בתרופה CANAKINUMAB:

צו תשע"ו-2015

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) לטיפול בתסמונות CAPS (Cryopyrin associated periodic syndromes);

התרופה תינתן לחולה בהתאם למרשם של רופא מומחה ממרפאה לאימונולוגיה קלינית או ריאומטולוגיה;

(ב) לטיפול ב-systemic juvenile idiopathic arthritis בחולים שמיצו טיפול קודם ב-Tocilizumab;

(143) הוראות לשימוש בתרופה DABIGATRAN:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) מניעת תרומבואמבוליזם לאחר ניתוח להחלפת מפרק הירך;

(2) מניעת תרומבואמבוליזם לאחר ניתוח להחלפת הברך;

(3) מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור עליות המטופלים ב-Warfarin וחוו CVA או TIA עם ביטוי קליני במהלך השנה האחרונה;

(4) מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור עליות המטופלים ב-Warfarin ושתועד אצלם INR גבוה;

(5) מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור עליות בלא מחלה מסתמית ו-CHADS2 score בערך 3 ומעלה;

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ה-2015

(144) הוראות לשימוש בתרופות ELTROMBOPAG ו-ROMIPLOSTIM:

צו תשע"א-2011

הטיפול בתרופות האמורות יינתן לחולה ITP (immune thrombocytopenic purpura) כרונית הסובל מתרומבוציטופניה קשה (ספירת טסיות נמוכה מ-30,000) לאחר מיצוי הטיפולים המקובלים, כולל כריתת טחול;

(145) הוראות לשימוש בתרופה INDACATEROL:

צו תשע"א-2011

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) – COPD בחולים עם FEV1 שווה ל-70% או נמוך מ-70% במצב כרוני;

צו תשע"ד-2013

(2) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות;

(146) הוראות לשימוש בתרופה METHOXY POLYETHYLENE GLYCOL EPOETIN BETA:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן לטיפול באנמיה חמורה (severe anemia) בחולי אי-ספיקה כלייתית כרונית;

(147) הוראות לשימוש בתרופה REPAGLINIDE:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן לטיפול בסוכרת בחולים עם GFR נמוך מ-40;

(148) הוראות לשימוש בתרופה RUFINADMIDE:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן כטיפול משלים בתסמונת Lennox Gastaut;

(149) הוראות לשימוש בתרופה SAPROPTERIN:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן לטיפול בהיפרפנילאלנינמיה בחולי PKU (Phenyl ketonuria) או BH4D (Tetrahydrobiopterin deficiency);

(150) הוראות לשימוש בתרופה TOCILIZUMAB:

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

(1) ארתריטיס ראומטואידית, אם התגובה לתכשירים ממשפחת ה-DMARDs איננה מספקת ובכפוף לתנאים שבפסקת משנה (4);

צו תשע"ו-2015

(2) דלקת פרקים מסוג systemic juvenile idiopathic arthritis בקטינים שמלאו להם שנתיים הסובלים ממהלך מחלה רב-מפרקי פעיל אם התגובה לטיפול בתרופות ממשפחת ה-DMARDs לא היתה מספקת, או שאינם מסוגלים לקבל טיפול כאמור;

(3) דלקת פרקים מסוג Juvenile idiopathic polyarthritis;

צו תשע"ו-2015

הטיפול יינתן בחולים שמיצו טיפול ב-Methotrexate כמונותרפיה;

(4) הטיפול בתרופה לחולה שמתקיים בו האמור בפסקה (1), יינתן בכפוף לכל אלה:

צו תשע"ו-2015

(א) קיימת עדות לדלקת פרקים (RA – Rheumatois Arthritis) פעילה המתבטאת בשלושה מתוך אלה:

(1) מחלה דלקתית בארבעה פרקים ויותר;

(2) שקיעת דם או CRP החורגים מהנורמה;

(3) שינויים אופייניים ל-RA של הפרקים הנגועים;

(4) פגיעה תפקודית;

(ב) לאחר מיצוי הטיפול בתרופות השייכות למשפחת ה-NSAIDs ובתרופות השייכות למשפחת ה-DMARDs;

(151) הוראות לשימוש בתרופה VELAGLUCERASE ALFA:

צו תשע"א-2011

התרופה תינתן לטיפול במחלת גושה;

(152) הוראות לשימוש בתרופה ABATACEPT:

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן במקרים האלה:

(1) בשילוב עם התרופה Methotrexate לטיפול בדלקת פרקים מסוג Juvenile polyarticular idiopathic arthritis – בקטינים שמלאו להם 6 שנים ומעלה הסובלים ממהלך מחלה רב-מפרקי פעיל אם התגובה לטיפול בתרופות ממשפחת ה-DMARDs לא היתה מספקת, כולל טיפול במעכב TNF אחד, או שאינם מסוגלים לקבל טיפול כאמור;

(2) ארתריטיס ראומטואידית, אם התגובה לתכשירים ממשפחת ה-DMARDs איננה מספקת ובכפוף לתנאים שבפסקת משנה (3);

צו תשע"ו-2015

(3) הטיפול בתרופה לחולה שמתקיים בו האמור בפסקת משנה (2), יינתן בכפוף לכל אלה:

צו תשע"ו-2015

(א) קיימת עדות לדלקת פרקים (RA – Rheumatoid Arthritis) פעילה המתבטאת בשלושה מתוך אלה:

(1) מחלה דלקתית בארבעה פרקים ויותר;

(2) שקיעת דם או CRP החורגים מהנורמה;

(3) שינויים אופייניים ל-RA של הפרקים הנגועים;

(4) פגיעה תפקודית;

(ב) לאחר מיצוי הטיפול בתרופות השייכות למשפחת ה-NSAIDs ובתרופות השייכות למשפחת ה-DMARDs;

(153) הוראות לשימוש בתרופה BELIMUMAB:

צו תשע"ג-2012

הטיפול בתרופה יינתן בחולים בגירים העונים על כל אלה:

(1) חולים בזאבת אדמנתית מערכתית (SLE – Systemic Lupus Erythematosus) פעילה, בלא active severe lupus nephritis ו-CNS lupus בזמן מתן הטיפול;

צו תשע"ה-2015

(2) לאחר שהתגובה לטיפול בתכשירים Azathioprine, Hydroxychloroquine, Methotrexate (טיפול אימונוסופרסיבי אחד), לא היתה מספקת, או שאינם מסוגלים לקבל טיפול כאמור;

צו תשע"ה-2015

(154) הוראות לשימוש בתרופה BOCEPREVIR:

צו תשע"ג-2012

(1) התרופה תינתן לטיפול בהפטיטיס C כרונית מסוג גנוטיפ 1, בשילוב עם PEGINTERFERON ALFA ו-RIBAVIRIN בחולים בוגרים עם מחלת כבד מפוצה, כולל חולים עם שחמת, העונים על אחד מאלה:

(א) חולים שטרם טופלו במחלתם (חולים נאיביים לטיפול), עם דרגת פיבורזיס כבדית בערך 2 עד 4;

(ב) חולים שמחלתם חזרה לאחר טיפול ב-Interferon (כולל Peginterferon) ו-Ribavirin, בין אם לאחר קורס טיפול אחד או לאחר כמה קורסים טיפוליים;

(2) הטיפול בתרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה במרפאת כבד;

(155) הוראות לשימוש בתרופה C1 ESTERASE INHIBITOR, HUMAN:

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול סימפטומטי בהתקפים חריפים של אנגיואדמה תורשתית בחולים עם חסר ב-C1 esterase inhibitor ובהתקיים כל אלה:

(1) החולה מצוי בטיפול ומעקב של מרפאה לאימונולוגיה קלינית;

(2) החולה סובל מהתקפים חוזרים של כאבי בטן חזקים או התקפים חוזרים של היצרות לרינקס;

(3) הטיפול יינתן באישור מומחה באלרגיה ואימונולוגיה המטפל בחולה במסגרת מרפאה לאימונולוגיה קלינית;

(4) לא יינתנו לחולה באותו התקף שתי התרופות – ICATIBANT, C1 ESTERASE INHIBITOR, HUMAN;

(156) הוראות לשימוש בתרופה CARGLUMIC ACID:

צו תשע"ג-2012

התרופה תינתן להיפראמונמיה על רקע חסר ב-N acetyl glutamate synthase;

(157) הוראות לשימוש בתרופה DALFAMPRIDINE:

צו תשע"ג-2012

הטיפול בתרופה יינתן לחולים בטרשת נפוצה עם פגיעה ביכולת ההליכה (לפי EDSS 4 עד 7);

(158) הוראות לשימוש בתרופה DENOSUMAB:

צו תשע"ג-2012

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) גרורות בעצמות בחולי סרטן ערמונית גרורתי; קיבל החולה טיפול באחת מהתרופות Densoumab, Zoledronic acid – לא יקבל טיפול בתרופה האחרת, למחלה זו;

(א1) גרורות בעצמות מגידולים סולידיים בחולה הסובל מפגיעה בתפקוד הכלייתי שמונעת ממנו לקבל טיפול ב-Zoledronic acid, למעט בחולה שמתקיים בו האמור בפסקת משנה (א);

צו תשע"ו-2015

(ב) חולות אוסטיאופורוזיס פוסט מנופאוזליות הזכאיות לטיפול על פי הקריטריונים הקיימים בסל לטיפול בביספוספונאטים או Raloxifene לאחר מיצוי הטיפולים הפומיים הקיימים בסל או החמרה מובהקת של אוסטיאופורוזיס בטיפול קבוע בביספוספונאטים או רלוקסיפן בשנתיים האחרונות;

(ב1) גברים החולים באוסטיאופורוזיס הזכאים לטיפול על פי אמות המידה הקיימות בסל שירותי הבריאות לטיפול בביספוספונאטים לאחר מיצוי הטיפולים הפומיים הקיימים בסל או החמרה מובהקת של אוסטיאופורוזיס בטיפול קבוע בביספוספונאטים בשנתיים האחרונות;

צו תשע"ו-2015

(ג) אוסטיאופורוזיס בנשים פוסט מנופאוזליות ובגברים לאחר שבר בצוואר הירך;

צו תשע"ו-2015

(2) לגבי פסקאות משנה (ב) ו-(ג):

אם קיבל החולה טיפול ב-Zoledronic acid – לא יקבל טיפול ב-Densoumab או Strontium Ranelate 12 חודשים מהמנה האחרונה;

אם קיבל החולה טיפול ב-Densoumab – לא יקבל טיפול ב-Zoledronic acid או Strontium Ranelate 6 חודשים מהמנה האחרונה;

(159) הוראות לשימוש בתרופה DEXAMETHASONE INTRAVITREAL IMPLANT:

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול בדלקת לא מידבקת (לא זיהומית) של הענביה (non infectious uveitis) בחלקה האחורי של העין;

לא יינתנו לחולה בו בזמן Dexamethasone intravitreal implant ו-Ciclosporine;

(160) הוראות לשימוש בתרופה FINGOLIMOD:

צו תשע"ג-2012

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול בצורות התקפיות (relapsing) של טרשת נפוצה ובהתקיים אחד מאלה:

(א) כקו שני ואילך לאחר כישלון בטיפול קודם;

(ב) כקו ראשון בחולים עם מחלה סוערת;

(ג) בחולים אשר פיתחו תופעות לוואי קשות כתוצאה מטיפול קודם הן ב-Interferon beta והן ב-Glatiramer acetate אשר לדעת הרופא המטפל לא מאפשרות את המשך הטיפול;

(2) הטיפול בתרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה;

(161) הוראות לשימוש בתרופה NITISINONE:

צו תשע"ג-2012

התרופה תינתן לטיפול בטירוזינמיה תורשתית מסוג I;

(162) הוראות לשימוש בתרופה SODIUM CHLORIDE, HYPERTONIC:

צו תשע"ג-2012

התכשיר יינתן לשימוש באינהלציה לשם הקלה בהפרשת ליחה מהריאות בחולי לייפת כיסתית (Cystic Fibrosis);

(163) הוראות לשימוש בתרופה STRONTIUM RANELATE:

צו תשע"ג-2012

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) חולות אוסטיאופורוזיס פוסט מנופאוזליות הזכאיות לטיפול על פי הקריטריונים הקיימים בסל לטיפול בביספוספונאטים או Raloxifene לאחר מיצוי הטיפולים הפומיים הקיימים בסל או החמרה מובהקת של אוסטיאופורוזיס בטיפול קבוע בביספוספונאטים או רלוקסיפן בשנתיים האחרונות;

(ב) אוסטיאופורוזיס בנשים פוסט מנופאוזליות לאחר שבר בצוואר הירך;

(1) אם קיבל החולה טיפול ב-Zoledronic acid – לא יקבל טיפול ב-Densoumab או Strontium Ranelate 12 חודשים מהמנה האחרונה;

(2) אם קיבל החולה טיפול ב-Densoumab – לא יקבל טיפול ב-Zoledronic acid אוStrontium Ranelate 6 חודשים מהמנה האחרונה;

(164) הוראות לשימוש בתרופה TELAPRAVIR:

צו תשע"ג-2012

(1) התרופה תינתן לטיפול בהפטיטיס C כרונית מסוג גנוטיפ 1, בשילוב עם PEGINTERFERON ALFA ו-RIBAVIRIN בחולים בוגרים עם מחלת כבד מפוצה, כולל חולים עם שחמת, העונים על אחד מאלה:

(א) חולים שטרם טופלו במחלתם (חולים נאיביים לטיפול), עם דרגת פיברוזיס כבדית בערך 2 עד 4;

(ב) חולים שמחלתם חזרה לאחר טיפול ב-Interferon (כולל Peginterferon) ו-Ribavirin, בין אם לאחר קורס טיפולי אחד או לאחר כמה קורסים טיפוליים;

(2) הטיפול בתרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה במרפאת כבד;

(165) הוראות לשימוש בתרופה TELBIVUDINE:

צו תשע"ג-2012

התרופה תינתן לטיפול בחולים בהפטיטיס B כרונית;

(166) הוראות לשימוש בתרופה TENOFOVIR:

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) לטיפול בנשאי HIV, ובהתקיים אחד מתנאים אלה:

(א) נשא נגיף ה-HIV פיתח תסמונת הכשל החיסוני הנרכש;

(ב) נשא נגיף ה-HIV הוא אסימפטומטי עם ערך CD4 קטן מ-500 או ערך עומס נגיפי גדול מ-100,000 עותקי RNA בסמ"ק;

מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של מנהל מרפאה לטיפול באיידס, במוסד רפואי שהמנהל הכיר בו כמרכז AIDS;

משטר הטיפול בתרופה יהיה כפוף להנחיות המנהל, כפי שיעודכנו מזמן לזמן על פי המידע העדכני בתחום הטיפול במחלה;

(2) לטיפול בהפטיטיס B כרונית;

(167) הוראות לשימוש בתרופה TICAGRELOR; התרופה תינתן במקרים האלה:

צו תשע"ג-2012

צו תשע"ד-2013

(1) מניעת אירועים אתרותרומבוטיים בחולים עם תסמונת כלילית חריפה (ACS) לאחר צנתור לב טיפולי, אשר פיתחו stent thrombosis תחת טיפול ב-Clopidogrel בתוך שנה מהצנתור; משך הטיפול בתכשיר לא יעלה על 12 חודשים;

(2) מניעת אירועים אתרותרומבוטיים בחולים עם ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) לאחר צנתור לב; משך הטיפול בתכשיר לא יעלה על 12 חודשים;

(3) מניעת אירועים אתרותרומבוטיים – בעבור חולי ACS בלא עליית מקטע ST (חולי NSTEMI או תעוקת חזה בלתי יציבה) עם טרופונין חיובי העוברים PCI עם השתלת תומך; משך הטיפול בתכשיר לא יעלה על 12 חודשים;

(168) הוראות לשימוש בתרופה APIXABAN;

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן במקרים האלה:

(1) מניעת תרומבואמבוליזם לאחר ניתוח להחלפת מפרק הירך;

(2) מניעת תרומבואמבוליזם לאחר ניתוח להחלפת הברך;

(3) מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור עליות המטופלים ב-warfarin וחוו CVA או TIA עם ביטוי קליני במהלך השנה האחרונה;

(4) מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור עליות המטופלים ב-Warfarin ושתועד אצלם INR גבוה;

(5) מניעת שבץ ותסחיף סיסטמי בחולים עם פרפור עליות בלא מחלה מסתמית ו-CHADS2 score בערך 3 ומעלה;

צו תשע"ה-2015

(169) הוראות לשימוש בתרופה GALSULFASE:

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן כטיפול אנזימטי חליפי ארוך טווח בחולים עם MPS VI (N-acetylglactosamine 4 sulfatase deficiency; Maroteaux-Lamy syndrome);

(170) הוראות לשימוש בתרופה GLYCOPYRRONIUM:

צו תשע"ד-2013

(1) התרופה האמורה תינתן לטיפול במחלת ריאות חסימתית כרונית (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD) בחולים עם FEV1 שווה או נמוך מ-70% במצב כרוני;

(2) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות;

(171) הוראות לשימוש בתרופה ILOPERIDONE:

צו תשע"ד-2013

(1) הטיפול בתרופה יינתן לאחד מאלה:

(א) למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה;

צו תשע"ו-2015

(ב) למבוטח קטין הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת;

צו תשע"ו-2015

(2) התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר או בנוירולוגיה, לפי העניין;

צו תשע"ה-2015

(3) לא יינתנו לחולה בו-זמנית שתי תרופות או יותר ממשפחת התרופות האנטיפסיכוטיות האטיפיות;

(172) הוראות לשימוש בתרופה MIDAZOLAM;

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) פרה-מדיקציה לפני אינדוקציה להרדמה;

(2) סדציה בסיסית לפני התערבות אבחונית או כירורגית המבוצעת תחת הרדמה מקומית;

(3) אינדוקציה ואחזקה של הרדמה;

(4) ATARALGESIA בשילוב עם קטאמין בילדים;

(5) סטטוס אפילפטיקוס;

(6) טיפול בהתקפי פרכוסים חריפים ממושכים בחולי אפילפסיה עד גיל 18 שנים;

(173) הוראות לשימוש בתרופה RETIGABINE:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול באפילפסיה, לאחר מיצוי הטיפול בשלוש תרופות אנטי-אפילפטיות קודמות לפחות;

(ב) לא יינתנו לחולה בו בזמן שתי תרופות או יותר מהתרופות האלה: RETIGABINE, LACOSAMIDE, PERAMPANEL;

(ג) מתן התרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה;

(174) הוראות לשימוש בתרופה RIFAXIMIN:

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול באנצפלופתיה כבדית בחולה שלא מגיב או שאינו סובל את הטיפול ב-LACTULOSE;

(175) הוראות לשימוש בתרופה RUXOLITINIB:

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול בספלנומגליה או סימפטומים במבוגרים הסובלים ממיאלופיברוזיס בדרגת סיכון 2 intermediate או high לפי IPSS על רקע:

(1) מיאלופיברוזיס ראשונית;

(2) פוליציתמיה ורה;

(3) essential thrombocythemia;

(176) הוראות לשימוש בתרופה TALIGLUCERASE:

צו תשע"ד-2013

התרופה תינתן לטיפול במחלת גושה;

(177) הוראות לשימוש בתרופה ACLIDINIUM:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה האמורה תינתן לטיפול במחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease) בחולים עם FEV1 שווה ל-70% במצב כרוני או נמוך מ-70% במצב כרוני;

(ב) הטיפול בתרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות;

(178) הוראות לשימוש בתרופה ALITRETINOIN:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול באקזמה כרונית קשה של כפות הידיים ובהתקיים כל אלה:

(1) החולה סובל מאקזמה קשה, בעיקר היפרקרטוטית;

(2) החולה מצוי במעקב של רופא המתמחה ברפואת עור במשך שנה לפחות;

(3) החולה כשל בשני טיפולים קודמים מבין הטיפולים המפורטים להלן שנמשכו, כל אחד מהם, למשך חודש אחד לפחות: סטרואידים מקומיים, סטרואידים סיסטמיים ופוטותרפיה;

(4) הטיפול בתרופה יינתן רק באישור רופא מומחה ברפואת עור המטפל בחולה במסגרת מרפאת עור המתמחה ב-contact dermatitis;

(179) הוראות לשימוש בתרופה ASENAPINE:

צו תשע"ה-2015

(א) הטיפול בתרופה האמורה יינתן למבוטח בגיר שהוא חולה סכיזופרניה, ובהתקיים אחד מהתנאים האלה:

(1) המטופל מוגדל כבעל קווי התנהגות תוקפניים, כטיפול ראשון;

(2) המטופל לא הגיב לטיפול בתרופה אנטיפסיכוטית אטיפית שניתנה לו כקו טיפול ראשון, או פיתח תופעות לוואי קשות לטיפול כאמור;

(א1) למבוטח קטין הסובל מסכיזופרניה או מפסיכוזה אחרת, כטיפול ראשון;

צו תשע"ה-2015

(ב) התחלת הטיפול בתרופה תהיה על פי הוראתו של רופא מומחה בפסיכיאטריה או בנוירולוגיה, לפי העניין;

(ג) לא יינתנו לחולה בו בזמן שתי תרופות או יותר ממשפחת התרופות האנטיפסיכוטיות האטיפיות;

(180) הוראות לשימוש בתרופה AZTREONAM LYSINE:

צו תשע"ה-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול נגד פסאודומונס ארוגינוזה בחולי לייפת כיסתית, שמיצו את הטיפול ב-Tobramycin;

(181) הוראות לשימוש בתרופה CONESTAT ALFA:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול סימפטומטי בהתקפים חריפים של אנגיואדמה תורשתית בחולים עם חסר ב-C1 esterase inhibitor ובהתקיים כל אלה:

(1) החולה מצוי בטיפול ומעקב של מרפאה לאימונולוגיה קלינית;

(2) החולה סובל מהתקפים חוזרים של כאבי בטן חזקים או התקפים חוזרים של היצרות לרינקס;

(3) הטיפול יינתן באישור מומחה באלרגיה ואימונולוגיה המטפל בחולה במסגרת מרפאה לאימונולוגיה קלינית;

(182) הוראות לשימוש בתרופה CYCLOSPORINE EYE DROPS:

צו תשע"ה-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול להגברת יצירת דמעות בחולים עם דיכוי של ייצור הדמעות בקרב חולים שלא הגיבו לטיפול קודם בתחליפי דמעות, ומתקיים בהם אחד מאלה:

(1) הם לוקים בתסמונת סיוגרן (Sjogren's syndrome);

(2) מושתלים עם מחלת שתל נגד מאחסן (GVHD);

(183) הוראות לשימוש בתרופה CYSTEAMINE BITARTARATE:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול בציסטינוזיס נפרופתית מוכחת;

(184) הוראות לשימוש בתרופות DUTASTERIDE, DUTASTERIDE + TAMSULOSIN CD:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופות האמורות יינתנו לטיפול בהגדלה שפירה של הערמונית;

(ב) תחילת הטיפול בתרופות ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באורולוגיה;

(185) הוראות לשימוש בתרופה FEBUXOSTAT:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול בהיפראוריצמיה סימפטומטית כרונית בחולים שכשלו בטיפול ב-Allopurinol או פיתחו תופעות לוואי לטיפול כאמור, או שאינם יכולים לקבל טיפול ב-Allopurinol;

(186) הוראות לשימוש בתרופה FERRIC CARBOXYMALTOSE:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול בחסר בברזל בחולים בהם טיפול פומי בברזל אינו יעיל או שאינם יכולים לקבל טיפול פומי בברזל, העונים על אחד מאלה:

(1) חולי תסמונת HHT (Hereditary hemorrhagic telangiectasia) שמיצו את הטיפול הפומי בברזל, ואשר זקוקים לעירויי ברזל תוך-ורידי תכופים או לצריכה מוגברת של מנות דם;

(2) ילדים הסובלים ממחלת מעיים דלקתית (Inflammatory Bowel Disease) שמיצו את הטיפול הפומי בברזל, ואשר זקוקים לעירויי ברזל תוך-ורידי תכופים או לצריכה מוגבלת של מנות דם;

(187) הוראות לשימוש בתרופה HPV VACCINE:

צו תשע"ה-2015

החיסון יינתן למניעת HPV לעונים על אחד מאלה:

(1) נערות הלומדות בכיתה ח' כחלק מחיסוני השגרה במדינת ישראל;

(2) נערים וגברים עד גיל 26, המצויים בסיכון גבוה להידבק בנגיף ה-HPV, כגון MSM;

(180) הוראות לשימוש בתרופה INDACATEROL + GLYCOPYRRONIUM:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה האמורה תינתן לטיפול במחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease) בחולים עם FEV1 שווה ל-60% במצב כרוני או נמוך מ-60% במצב כרוני;

(ב) הטיפול בתרופה יעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות;

(189) הוראות לשימוש בתרופה LACOSAMIDE:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול באפילפסיה, לאחר מיצוי הטיפול בשלוש תרופות אנטי-אפילפטיות קודמות לפחות;

(ב) לא יינתנו לחולה בו בזמן שתי תרופות או יותר מהתרופות האלה: RETIGABINE, LACOSAMIDE, PERAMPANE;

(ג) מתן התרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה;

(190) הוראות לשימוש בתרופה LARONIDASE:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן כטיפול אנזימטי חליפי בחולים עם MPS-I (Mucopolysaccharidosis I, Alfa 1 iduronidase deficiency) כטיפול גישור למועמדים להשתלת מח עצם;

(191) הוראות לשימוש בתרופה PALONOSETRON:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול נגד הקאות או בחילות הנובעות מכימותרפיה למקרים האלה:

(1) במטופל בכימותרפיה בעלת פוטנציאל אמטוגני גבוה – נוסף על הטיפול הקיים;

(2) במטופל בכימותרפיה בעלת פוטנציאל אמטוגני בינוני; במטופל כאמור לא יינתן הטיפול בתרופה בשילוב עם Aprepitant;

(192) הוראות לשימוש בתרופה PASIREOTIDE:

צו תשע"ה-2015

התרופה תינתן לטיפול במחלת קושינג בחולים אשר חוו כישלון טיפולי בניתוח או בחולים שבהם לא ניתן לטפל באמצעות ניתוח;

(193) הוראות לשימוש בתרופה PERAMPANEL:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול באפילפסיה, לאחר מיצוי הטיפול בשלוש תרופות אנטי-אפילפטיות קודמות לפחות;

(ב) לא יינתנו לחולה בו בזמן שתי תרופות או יותר מהתרופות האלה: RETIGABINE, LACOSAMIDE, PERAMPANEL;

(194) הוראות לשימוש בתרופות PIMECROLIMUS ו-TACROLIMUS OINTMENT/CREAM:

צו תשע"ה-2015

התרופות יינתנו לטיפול ב-Atopic dermatitis העמידה לטיפול קודם בסטרואידים מקומיים;

(195) הוראות לשימוש בתרופה ROFLUMILAST:

צו תשע"ה-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול במחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD – Chronic obstructive pulmonary disease) בחולים עם FEV1 שווה ל-50% במצב כרוני או נמוך מלפחות 50% במצב כרוני אשר חוו תחת טיפול שתי החמרות מתועדות לפחות במחלתם בשנה שקדמה לטיפול בתרופה האמורה;

(ב) תחילת הטיפול בתרופה תיעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות;

(196) הוראות לשימוש בתרופה ALEMTUZUMAB:

צו תשע"ו-2015

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) חולה לוקמיה מסוג Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL) שטופלו ב-alkylating agents, ושכשלו בהשגת תגובה מלאה או חלקית או השיגו רמיסיה קצרה לאחר טיפול ב-FLUDARABINE;

מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה באונקולוגיה או רופא מומחה בהמטולוגיה;

(ב) חולה עם אבחנה של טרשת נפוצה התקפית (RRMS) ומחלה סוערת אשר מיצו טיפול ב-2 תכשירים הפועלים במנגנונים שונים לטיפול בטרשת נפוצה לפחות;

(197) הוראות לשימוש בתרופה APREMILAST:

צו תשע"ו-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול בחולה בוגר הסובל מדלקת מפרקים פסוריאטית (Psoriatic arthritis), לאחר כישלון טיפולי או חוסר סבילות לטיפול בתרופות השייכות למשפחת ה-DMARDs; התרופה לא תינתן בשילוב עם תכשירים ביולוגיים;

(198) הוראות לשימוש בתרופות DASABUVIR, OMBITASVIR + PARITAPREVIR + RITONAVIR:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופות יינתנו בשילוב, זו עם זו, לטיפול בהפטיטיס C כרונית מסוג גנוטיפ 1 בחולים עם רמת פיברוזיס כבדית בדרגה 3 או 4 בלבד;

(ב) הטיפול בתרופה ייעשה על פי מרשם של רופא מומחה המטפל במחלות כבד;

(199) הוראות לשימוש בתרופה DEFIBROTIDE:

צו תשע"ו-2015

התרופה תינתן לחולה שעבר השלמת מח עצם (HSCT) ופיתח מחלה חסימתית של ורידי הכבד (VOD – veno occlusive disease) בדרגת חומרה קשה (severe);

(200) הוראות לשימוש בתרופה DEXTROMETHORPHAN HBR + QUINIDINE SULPHATE:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול ב-pseudobulbar affect;

(ב) התרופה תינתן בהתאם למרשם של רופא מומחה בנוירולוגיה, בפסיכיאטריה או בשיקום;

(201) הוראות לשימוש בתרופה FINASTERIDE:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול בהגדלה שפירה של הערמונית (BPH);

(ב) תחילת הטיפול בתרופה תיעשה לפי מרשם של רופא מומחה באורולוגיה;

(202) הוראות לשימוש בתרופה GLIMEPIRIDE:

צו תשע"ו-2015

התרופה תינתן לטיפול בסוכרת סוג 2;

(203) הוראות לשימוש בתרופה IVACAFTOR:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול בחולי לייפת כיסתית (CF – Cystic fibrosis) עם מוטציה בגן CFTR מסוג אחד מאלה: G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N, S549R;

(ב) מתן התרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות;

(204) הוראות לשימוש בתרופה LIPEGFILGRASTIM:

צו תשע"ו-2015

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) הפחתת משך נויטרופניה והיארעות של נויטרופניה מלווה בחום בחולה המטופל בכימותרפיה ציטוטוקסית לממאירות;

(2) מניעת נויטרופניה על רקע ממאירויות המטולוגיות ובחולה המטופל בכימותרפיה המדכאת את מח העצם;

(205) הוראות לשימוש בתרופה MACITENTAN:

צו תשע"ו-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול ביתר לחץ דם ריאתי;

(206) הוראות לשימוש בתרופה MILTEFOSINE:

צו תשע"ו-2015

התרופה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(1) טיפול בגרורות עוריות של סרטן שד;

(2) טיפול בליישמניה ויסרלית;

(3) טיפול בליישמניה עורית בחולה שמיצה טיפולים אחרים;

(207) הוראות לשימוש בתרופה NICOTINE:

צו תשע"ו-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול לחולה שמתקיימים בו כל אלה:

(א) לטיפול גמילה מעישון לחולה המשתתף בסדנה לגמילה מעישון המבוצעת על ידי קופות החולים או מטעמן, או שהשלימו השתתפות בסדנה כאמור;

(ב) הטיפול יינתן לנגמלים מעישון שאינם יכולים להשתמש ב-Bupropion או Varenicline על רקע אזהרות או הוריות נגד;

(208) הוראות לשימוש ב-ACELLULAR PERTUSSIS VACCINE:

צו תשע"ו-2015

החיסון יינתן כנגד מחלת השעלת בנשים הרות;

(209) הוראות לשימוש בתרופה SODIUM PHENYLBUTYRATE:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה האמורה תינתן לטיפול בהפרעות במעגל האוריאה מסוג חסר בקרבמילפוספאט סינתטאז, אורניתין טרנסקרבמליאז או ארגינינוסוקססינאט סינתטאז (Deficiencies of carbamylphosphate synthetase, ornithine transcarbamylase or argininosuccinate synthetase);

(ב) מתן התרופה האמורה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה במחלות מטבוליות;

(210) הוראות לשימוש בתרופה TADALAFIL:

צו תשע"ו-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול באין אונות;

(211) הוראות לשימוש בתרופה TOFACITINIB:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה תינתן לטיפול בארתריטיס ראומטואידית (Rheumatois arthritis) כקו טיפול ביולוגי שלישי ואילך;

(ב) התרופה לא תינתן בשילוב עם תרופה ביולוגית אחרת;

(212) הוראות לשימוש בתרופה UMECLIDINIUM:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה האמורה תינתן לטיפול במחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease) בחולים עם FEV1 נמוך מ-70% במצב כרוני;

(ב) הטיפול בתרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואת ריאות;

(213) הוראות לשימוש בתרופה UMECLIDINIUM + VILANTEROL:

צו תשע"ו-2015

(א) התרופה האמורה תינתן לטיפול במחלת ריאות חסימתית כרונית (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease) בחולים עם FEV1 שווה ל-60% או נמוך מ-60% במצב כרוני;

(ב) הטיפול בתרופה ייעשה לפי מרשם של רופא מומחה ברפואית ריאות;

(214) הוראות לשימוש בתרופה VARDENAFIL:

צו תשע"ו-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול באין אונות;

(215) הוראות לשימוש בתרופה VEDOLIZUMAB:

צו תשע"ו-2015

התרופה האמורה תינתן לטיפול במקרים האלה:

(א) טיפול במחלת קרוהן בדרגת חומרה בינונית עד קשה בחולה שמיצה טיפול קודם – לא ביולוגי או ביולוגי;

(ב) טיפול במחלת מעי דלקתית מסוג Ulcerative colitis בחולים שמיצו טיפול קודם – לא ביולוגי או ביולוגי.

תוספת שניה

(סעיף 2)

(א) על אף האמור בחלקים 1 עד 6 בתוספת זו, השתתפות עצמית ממבוטחים בעד התרופות המפורטות בצו זה, תיגבה בהתאם לכללי תכנית הגביה שאושרה לכל אחת מקופות החולים לפי סעיף 8 לחוק, בכפוף לכל שינוי עתידי באותה תכנית, וכל עוד התכנית תקפה (להלן – תכנית הגבייה), ואולם –

צו תשס"ו-2006

צו תשע"ד-2013

(1) ההשתתפות העצמית בעד התרופות ELETRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ו-RIZATTRIPTAN תהיה שווה לתשלום הנגבה בכל קופת חולים בעד התרופה SUMATRIPTAN, אך תקרת ההשתתפות בעד תרופות לחולה כרוני, הקבועה בתכנית הגביה של כל קופה, תחול גם עליהן;

(2) התרופה VETEPORFIN תינתן בלא תשלום;

(3) הטיפול בתרופה triptorelin לשם הפחתת הורמוני בין בגברים פדופילים או פאראפילים תינתן בלא תשלום;

צו תשע"ד-2013

(4) הטיפול באין אונות בכל אחת מהתרופות SILDENAFIL, TADALAFIL ו-VARDENAFIL, יינתן בהשתתפות עצמית של עד 100% מהמחיר המרבי לצרכן, ותקרת ההשתתפות בעד תרופות לחולה כרוני, הקבועה בתכנית הגבייה של כל קופה, לא תחול עליהן.

צו תשע"ו-2015

(ב) ההשתתפות העצמית מנערות שלא מלאו להן 20 שנים בעד אמצעי מניעה כמפורט בחלק 8 לתוספת זו, תיגבה בהתאם לכללי תכנית הגבייה.

בשקלים חדשים

1. התשלום הרגיל בעד מנת תרופה - 4

בסעיף זה, "מנת תרופה" - הינה כל אחת מהאפשרויות הבאות:

(א) עד 10 טבליות, כמוסות או טבליות וגינליות.

(ב) בקבוק אחד מכל הסוגים.

(ג) שפופרת אחת או קופסת משחה אחת (למעט התרופות המפורטות בחלקים 1 ו-3 שלהלן).

(ד) עד 12 נרות מכל הסוגים.

(ה) עד 6 זריקות (למעט תרופות לטיפולי פוריות).

(ו) תרסיס (משאף) אחד מכל הסוגים (למעט אלה המופיעים בחלק 3 שלהלן).

(ז) קופסה אחת של אבקה או צמחים עד 100 גרם.

2. התשלום עבור 20 טבליות של כל אחת מהתרופות הכלולות ברשימה בחלק 1 שלהלן, למנה 2.50

3. התשלום עבור תרופות הניתנות במנות אחזקה חודשיות מפורט בחלק 2 שלהלן

4. התשלום עבור "מנת תרופה" לתרופות המפורטות בחלק 3 שלהלן 8

5. התשלום עבור תרופות לטיפולי פוריות, עבור כל זריקה מאלה המפורטות בחלק 4 שלהלן 4

6. תשלום עבור אריזה של תרופה בתשלום מיוחד מאלה המפורטות בחלק 5 שלהלן 12

7. התרופות בתשלום 50% ממחיר התרופה על בסיס העלות, מפורט בחלק 6 שלהלן

8. רשימת התרופות הפטורות מתשלום מפורטת בחלק 7 שלהלן

9. רשימת התרופות הניתנות בתשלום מלא (על פי תעריף קופת חולים הכללית) מפורטת בחלק 8 שלהלן

10. גלולות למניעת הריון הניתנות לצורכי טיפול 5

11. תרופות למניעת מלריה הניתנות לצורכי טיפול, כל 10 טבליות 4

**חלק 1: מנת תרופות בתשלום של 2.50 שקלים חדשים**

א. כל 20 טבליות מהתרופות שלהלן:

(A)

ACETYLSALICYLIC ACID

ALUMINIUM HYDROXIDE – MAGNESIUM HYDROCIDE CD

AMPICILLIN

ASCORBIC ACID (VITAMIN C)

ATROPIN – PAPAVERIN CD

(B)

BENZOCAINE – THYROTHRICIN CD

BETAMETHASONE

BETRIVIT CD

BISACODYL

(C)

CALCIUM CARBONATE

CHARCOAL

CHLORDIAZEPOXIDE HYDROCHLORIDE

CHLORPHENIRAMINE MALEATE

(D)

DIAZEPAM

DICYCLOMINE HYDROCHLORIDE

DIPYRONE

DIPHENOXYLATE – ATROPINE CD

DIMENHYDRINATE

DEXCHLORPHENIRAMIN – PSEUDOEPHEDRINE CD

(E)

ENCYPALMED CD

ETHINYL ESTRADIOL (ETHINYLOESTRADIOL)

(F)

FOLIC ACID

FERROUS CALCIUM CITRATE

FERROUS SULPHATE

(G)

GRISEOFULVIN

(H)

HYDROXYZINE HYDROCHLORIDE

(I)

IBUPROFEN

INDOMETHACIN (CAP.)

(L)

LAXATIVE COMP CD

LORAZEPAM

(M)

MEDROXPROGESTERONE ACETATE

METRONIDAZOLE

MUSCOL CD

(N)

NITRAZEPAM

(O)

OXAZEPAM

(P)

PARACETAMOL (ACETAMINOPHEN)

PHENOXYMETHYLPENICILLIN POT (PENICILLIN V POT.)

PHENAZOPYRIDINE HYDROCHLORIDE

PREDNISONE

PROPANTHELINE BROMIDE

PROMETHAZINE HYDROCHLORIDE

PYRIDOXINE HYDROCHLORIDE (VITAMIN B6)

(R)

REKIV CD

ROTER CD

(S)

SALBUTAMOL SULPHATE (ALBUTEROL SULPHATE)

SENNOSIDES A&B

SILAIN GEL CD

SODIUM BICARBONATE

SODIUM FLUORIDE

(T)

THEOPHYLLINE SODIUM GLYCINATE

THEOPHYLLINE

TERBUTALIN SULPHATE

TETRACYCLINE HYDROCHLORIDE

(V)

VITAMIN A PALMITATE

VITAMIN B COMPLEX CD

VITAMIN E (ALPHA TOCOPHEROL)

(Z)

ZINC SULPHATE

ב. אריזה אחת של התרופות הבאות:

ALCOHOL 70% (50 ML)

CHAMOMILE FLOWERS

DIMETHICONE CREAM

HYDROGEN PEROXIDE 3%

GLYCEROL (GLYCERIN) SUPP.

PHENOXYMENTHYL PENICILLIN POT. (PENICILLIN V POT.) (SYR)

POVIDONE IODINE

SOFT PARAFFIN

SPIRT SALICYL

TETRACYCLINE HYDROCHLORIDE (OINT)

ג. כל משחות העיניים, למעט אלה שבחלק 3

**חלק 2: תרופות הניתנות במנות אחזקה חודשיות בצמוד לכרטיס מעקב והתשלום עבורו**

א. להלן רשימת הקבוצות הפרמקותרפויטיות של התרופות במנות אחזקה חודשיות:

ANTICONVULSANTS AGENTS

ANTICOAGULANTS AGENTS

ANTIDIABETIC AGENTS

ANTIDEPRESSANTS AGENTS

ANTIMANIC AGENTS

ANTINEOPLASTIC AGENTS\*

ANTILIPEMIC AGENTS

ANTIPARKINSONIAN AGENTS

ANTITUBERCULARS AGENTS\*

CARDIAC DRUGS

CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS AND

DIURETICS & POTASSIUM CHLORIDE

HYPOTENSIVE AGENTS

PITUITARY\*

MISCELLS ANTIGLAUCOMA AGENTS

PITUITARY\*

THYROID AND ANTITHYROID AGENTS

TRANQUILIZERS

URICOSURIC AGENTS & COLCHICINE

VASODIALTING AGENTS

\* תרופות הפטורות מתשלום

ב. להלן רשימת התרופות במנות אחזקה חודשיות לפי מחלות:

AIDS:

ZIDOVUDINE

ADDISONS DISEASE:

CORTICOSTEROIDS (REPLACEMENT THERAPY)

SODIUM CHLORIDE

COLITIS ULCEROSA:

SULPHASALAZINE

MESALAZINE

OSALAZINE

CYSTIC FIBROSIS:

DIGESTANTS & ENZYMES

ANTIBIOTICS, VITAMINS

DIALYSIS PATIENTS:

ALPHA CALCIDOL ALUMINIUM HYDROXIDE

CALCIUM PREP. DIHYDROTACHYSTEROL, SECALCIFEROL

FAMILIAL MEDIT. FEVER (FMF):

COLCHICIN

HYPERTROPHY OF PROSTATE:

PHENOXYBENZAMINE, URGENIN CD

HYPOPARATHYROIDISM:

CALCIUM PREP. ALPHACALCIDOL, DIHYDROTACHYSTEROL

MULTIPLE MYELOMA:

CORTICOSTEROIDS

MULTIPLE SCLEROSIS:

BACLOFEN, CORTICOSTEROIDS

MYASTHENIA GRAVIS:

NEOSTIGMINE, PYRIOSTIGMINE

WILSONS DISEASE CYSTINURIA:

ALKASOLVE CD, PENICILLAMINE

THALASSEMIA:

DESFERIOXAMINE MESYLATE

TRANSPLANTED PATIENTS:

AZATHROPINE (MIURAN)

CYCLOSPORINE

STEROIDS

בשקלים חדשים

ג. א. עד 90 טבליות או כמוסות - 8

ב. כל כמות חודשית מעל ל-90 טבליות או כמוסות - 16

ג. בעד התרופות המשתייכות לקבוצות הפרמקותרפויתיות:

CORONARY CASODILATING AGENTS

HYPOTENSIVE AGENTS

התשלומים כדלקמן:

1. כאשר הרופא המטפל קבע מינון יומי של 4 טבליות או כמוסות, עד 120 טבליות 8

2. מעל לכמות של 120 טבליות 16

ד. תרופות בתשלום מופחת:

40 TAB. DIGOXIN 4

30 TAB. PERPHENAZINE (TAB 4 MG) 4

100 TAB. POTASSIUM CHLORIDE 8

100 TAB. THYROXINE SODIUM 8

30 TAB. WARFARIN SODIUM 4

ה. אינסולין: עבור כל סוג של אינסולין (כמות חודשית) - 8

ו. בעד כל אחת מהתרופות הבאות:

לכל הכמות הדרושה לטיפול חודשי 24

LOVASTATIN

PRAVASTATIN

SIMVASTATIN

TICLOPIDINE

ז. בעד תרופה המשתייכת לקבוצת התרופות הניתנת במנת אחזקה חודשית גם אם נרשמה במרשם רגיל 8

**חלק 3: תרופות בתשלום של 8.00 שקלים חדשים**

א. מנה של עד 10 טבליות, כמוסות, וטבליות וגינליות המפורטים להלן:

ACYCLOVIR

CEFACLOR

CEFUROXIME AXETIL

CIMETIDINE

CIPROFLOXACIN

CLOTRIMAZOLE (1 BOX VAGIN. TAB)

CO-AMOXYCLAV (AMOXYCILLIN-CLAVULANIC ACID)

FAMOTIDINE

NORFLOXACIN

OFLOXACIN

OMEPRAZOLE

RANITIDINE

ב. בעד כל משאף המפורט להלן:

BECLOMETHAZONE DIPROPIONATE

BUDENOSIDE

CROMOGLYCATE (CROMOLYN SODIUM)

NAFARELIN

NEDOCROMIL SODIUM

ג. בעד אנמות המפורטות להלן:

(עד 7 שפופרות) BETAMETHASONE SODIUM PHOSPATE

(עד 7 שפופרות) MESALAZINE (5-AMINOSALICYLIC ACID)

(עד 6 שפופרות) MICROLET CD

ד. אריזת משחה, נוזלים או אבקה כמפורט להלן:

ACYCLOVIR EYE OINT.

AGIOLAX CD

AKNE-MYCIN CD

BENZOYL PEROXIDE (LOT. GEL)

BIFONAZOLE

CLOBETASOL PROPIONATE (OINT., CREAM)

CLOBETASONE BUTYRATE (OINT., CREAM)

CROTAMITON (CREAM, LOT.)

DEXTRANOMER

DIENOESTROL

DITHRANOL CREAM

DIFLUCORTOLONE VALERATE (CREAM, OINT.) 30 GRAM

FLUMETHASONE – TRICLOSAN CD

FLUOCORTOLONE CREAM 30 GR

HALOMETHASONE – TRICLOSAN CD

HALCINONID CREAM

ISOCONAZOLE – DIFLUCORTOLONE CD CREAM

ISOCONAZOLE NITRATE CREAM

ISPAGHULA (PSYLLIUM HYDROPHILIC MUCILLOID)

LACTULOSE

MEROKEN CD

MUPIROCIN OINT.

OESTRIOL (ESTRIOL) CREAM

SODIUM CROMOGLYCATE (CROMOLYN SODIUM) (EYE OINT.)

SULTRIN CD CREAM

TROMANTADINE HCl OINT.

UREA OINT.

VIDARABINE MONOHYDRATE

**חלק 4: תרופות לטיפולי פוריות**

כל זריקה מן התכשירים שלהלן – 4 שקלים חדשים.

CHORIONIC GONADOTROPHIN

BUSERELIN

GONADORELIN

MENOTROPHIN (MENOTROPINS) CD

TRIPTORELIN (D-TRP6-LHRH)

UROFOLLITROPHIN (FSH)

**חלק 5: תרופות בתשלום מיוחד – 12 שקלים חדשים לאריזה**

בעד התרופות המפורטות להלן:

CYPROTERONE – ETHYNILESTADIOL CD

ESTROFEM CD

ESTROFEM FORTE CD

OESTRADIOL (ESTRADIOOL) PATCH

OESTROGEN – MEDROXYPROGESTERONE CD

TRISEQUENS CD

TRISEQUENS FORTE

**חלק 6: תרופות בתשלום של 50% ממחיר התרופה**

התשלום לתרופות המפורטות להלן לפי תשלום חלקי, 50% ממחיר התרופה.

BIFONAZOLE SHAMPOO

HAEMOPHILUS INFLUENZA TYPE B VACCINE

HEPATITIS B VACCINE

PENTOXIFYLLINE

SUMATRIPTAN

SAKMETROL

TRETINOIN

**חלק 7: התרופות הפטורות מתשלום**

א. תרופות הנכללות בקבוצה פרמקותרפויטית:

ANTITUBERCULARS

ANTINEOPLASTIC AGENTS

HEMOSTATICS (רק לחולי המופיליה)

ANTI-INHIBITOR COAGULATION COMPLEX

ANTIHEMOPHILIC FACTOR

DIAGNOSTIC AGENTS:

רק תכשירים הניתנים בתוך מכון רנטגן, מעבדה, וכו'

PITUITARY:

DESMOPRESSIN (DIABETES INSIPIDUS רק ל-)

SERUMS AND TOXOIDS

DIPHERIA ANTITOXIN

TETANUS IMMUNE GLOBULIN

TETTANUS TOXOID (פרט לשימוש פרופילקטי)

ב. תרופות המיועדות לחולים כמפורט להלן:

AIDS PATIENTS:

FLUCONAZOLE

PENTAMIDINE

ZIDOVUDINE

DIALYSIS PATIENTS:

ALPHACALCIDOL SECALCIFEROL

ALUMINIUM HYDROXIDE

DIHYDROTACHISTEROL

CALCIUM PREPARATIONS

ERYTHROPOIETIN

GAUCHER PATIENTS:

ALGLUCERASE

ONCOLOGICAL PATIENTS:

ANTIEMETICS (GRANISETRON, ONDANSETRON רק על פי המלצת רופא אונקולוג)

NARCOTIC ANALGESICS

MORPHINE MCR MIR MSP

PERCODAN CD

הערה: תרופות נוספות שלא נכללו ברשימת הנ"ל הקשורות ישירות לטיפול במחלות ממאירות (כגון סטרואידים וחוסמי H2) לפי אישור רופא המינהלת של קופת חולים, לפי הענין

TRANSPLANTED PATIENTS:

AZATHIOPRINE

CYCLOSPORINE

STEROIDS

DIABETES PATIENTS: ALCOHOL 70% (עד 100 מ"ל)

ג.

צו תשנ"ט-1999

RILUZOLE

Tab. 50 mg L

DORANASE ALFA

Sol. 1 mg/ml L

**חלק 8: תרופות בתשלום מלא (לפי תעריף קופת חולים)**

א. תרופות החייבות במרשם רופא:

צו תשע"ו-2015

GAMMA GLOBULIN (I.M)

GYNERA CD

LEVONORGESTREL (INTRA UTERINA DEVICE) (למטופלות בהתוויה של מניעת היריון בלבד)

LOGYNON CD

PYRIMETHAMINE – SULFADOXINE CD

MICRODIOL CD

MICROGYNON CD

MEFLOQUIN

MINULET

MINOVLAR CD

NEOGYNON CD

NORDETTE CD

TRINORDIOL CD

ב. תרופות ללא מרשם רופא (O.T.C)

צו (מס' 2)   
תשע"ג-2012

ACTIVATED CHARCOAL – DIMETHICONE CD

BALNEUM HERMAL CD

BENZOCAINE – CETYLPYRIDINIUM CD

BENZOCAINE – THYROTHRICIN CD

BENZOCAINE – CHLORHEXIDINE CD

CALCIUM CARBONATE PREPARATION

CAL-C-VITA CD

CENTRUM JUNIOR CD

CENTRUM V CD

CHOLINE SALICYLATE CETALKONIUM CD

COAL TAR EXTRACT SHAMPOO

COLDEX CD

DEXAMOL COLD CD

DEXAMOL SINUS CD

DEXPANTHENOL OINT.

DICLOFENAC GEL

DIGESTIVE ARA CD

EUCARBON CD

GERIATRIC PHARMATON CD

KAL KEVA FORTE CD

MERIDOL CD

MORPHOLINE SALICYLATE CREAM

NICOTINE PREPARATIONS FOR SMOLING CESSATION

ORSET CD

PERMETHRIN

PLUVITON CD

POLYVIT CD

PREPARATION H CD

PROGARON CD

PYRITION ZINC SHAMPOO

RENNIE DIGESTIF CD

ROKACET CD

ROKACET PLUS CD

ROKAL (N) CD

SALICYLIC ACID – LACTIC ACID CD

SALICYLIC ACID – BENZOCAIN CD

SODIUM FLUORIDE

STREPSILS CD

SUPRADYN N CD

TRIBENOSIDE – LIGNOCAINE CD

UVA + UVB SUN PROTECTION CD PREPARATIONS

XYLOMETAZOLIN PREPARATION

כ"ד בשבט תשנ"ה (25 בינואר 1995) אפרים סנה

שר הבריאות

[הודעה למנויים על עריכה ושינויים במסמכי פסיקה, חקיקה ועוד באתר נבו - הקש כאן](http://www.nevo.co.il/advertisements/nevo-100.doc)

1. \* פורסם [ק"ת תשנ"ה מס' 5662](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-5662.pdf) מיום 14.2.1995 עמ' 749.

   תוקן [ק"ת תשנ"ו: מס' 5733](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-5733.pdf) מיום 25.1.1996 עמ' 502 – צו תשנ"ו-1996. [מס' 5739](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-5739.pdf) מיום 14.3.1996 עמ' 628 – צו (מס' 2) תשנ"ו-1996.

   [ק"ת תשנ"ז מס' 5837](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-5837.pdf) מיום 30.6.1997 עמ' 887 – צו תשנ"ז-1997.

   [ק"ת תשנ"ח מס' 5870](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-5870.pdf) מיום 31.12.1997 עמ' 232 – צו תשנ"ח-1997.

   [ק"ת תשנ"ט מס' 5995](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-5995.pdf) מיום 23.8.1999 עמ' 1123 – צו תשנ"ט-1999; תחילתו ביום 9.3.1999 ור' סעיף 4 לענין הוראות שעה.

   [ק"ת תש"ס מס' 6046](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-6046.pdf) מיום 20.7.2000 עמ' 737 – צו תש"ס-2000; תחילתו ביום 16.1.2000 ור' סעיף 3 לענין הוראת שעה.

   [ק"ת תשס"ב מס' 6133](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-6133.pdf) מיום 21.11.2001 עמ' 96 – צו תשס"ב-2001; ר' סעיפים 2, 3 לענין תחילה והוראת שעה.

   [ק"ת תשס"ג מס' 6213](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-6213.pdf) מיום 12.12.2002 עמ' 265 – צו תשס"ג-2002; ר' סעיפים 2, 3 לענין תחילה והוראת שעה.

   [ק"ת תשס"ד מס' 6316](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-6316.pdf) מיום 20.5.2004 עמ' 548 – צו תשס"ד-2004; תחילתו ביום 1.4.2004 ור' סעיף 3 לענין הוראות מעבר.

   [ק"ת תשס"ו מס' 6510](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/tak-6510.pdf) מיום 16.8.2006 עמ' 1098 – צו תשס"ו-2006; תחילתו ביום 15.4.2005.

   [ק"ת תשס"ח מס' 6628](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/tak-6628.pdf) מיום 17.12.2007 עמ' 194 – צו תשס"ח-2007; ר' סעיף 2 לענין תחילה.

   [ק"ת תש"ע: מס' 6820](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/tak-6820.pdf) מיום 22.10.2009 עמ' 58 – צו תש"ע-2009; ר' סעיף 2 לענין תחילה. [מס' 6899](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-6899.pdf) מיום 21.6.2010 עמ' 1251 – צו (מס' 2) תש"ע-2010; תחילתו ביום 3.1.2010.

   [ק"ת תשע"א מס' 7033](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-7033.pdf) מיום 20.9.2011 עמ' 1382 – צו תשע"א-2011; תחילתו ביום 23.1.2011.

   [ק"ת תשע"ג מס' 7166](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-7166.pdf) מיום 27.9.2012 עמ' 15 – צו תשע"ג-2012; תחילתו ביום 10.1.2012.

   [ק"ת תשע"ג מס' 7166](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-7166.pdf) מיום 27.9.2012 עמ' 27 – צו (מס' 2) תשע"ג-2012.

   [ק"ת תשע"ד מס' 7316](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/TAK-7316.pdf) מיום 26.12.2013 עמ' 322 – צו תשע"ד-2013; תחילתו ביום 9.1.2013.

   [ק"ת תשע"ה מס' 7477](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/tak-7477.pdf) מיום 7.1.2015 עמ' 666 – צו תשע"ה-2015; תחילתו ביום 12.1.2014.

   [ק"ת תשע"ו מס' 7574](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/tak-7574.pdf) מיום 26.11.2015 עמ' 182 – צו תשע"ו-2015; תחילתו ביום 15.1.2015. [↑](#footnote-ref-1)
2. ב[ק"ת תש"ס מס' 6046](http://www.nevo.co.il/Law_word/law06/tak-6046.pdf) עמ' 745 נקבע כי צורת המינון תיווסף לתרופה PREDNISOLONE, אך לא נכתב לאילו משלוש התרופות האפשריות הכוונה. [↑](#footnote-ref-2)