

## SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ

Tedavi için gerekli görülen antibiyotikler, aşağıda belirtilen esaslara göre reçete edilecektir.  
Aşağıdaki Listedeki kısaltma ve ibareler için liste sonunda “**AÇIKLAMALAR**” bulunmaktadır.

<b>1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER</b>		
<b>A) Penisilinler</b>		
<b>1</b>	Amoksisilin	<b>KY</b>
<b>2</b>	Amoksisilin-Klavulanat (Parenteral)	<b>UH-P</b>
<b>2.1</b>	Amoksisilin-Klavulanat (Oral)	<b>KY(600mg/42,9 mg lik formu uzman hekimler tarafından reçetelenir)</b>
<b>3</b>	Ampisilin	<b>KY</b>
<b>4</b>	Ampisilin Sulbaktam (Parenteral)	<b>UH-P</b>
<b>4.1</b>	Ampisilin Sulbaktam (Oral)	<b>KY</b>
<b>5</b>	Azidosilin	<b>KY</b>
<b>6</b>	Bakampisilin	<b>KY</b>
<b>7</b>	Mezlosilin	<b>UH-P, A 72</b>
<b>8</b>	Penisilin (Prokain, Benzatin, Kristalize, Pen V, Fenoksimetil)	<b>KY</b>
<b>9</b>	Piperasilin	<b>UH-P, A 72</b>
<b>10</b>	Piperasilin-Tazobaktam	<b>EHU</b>
<b>11</b>	Tikarsilin Klavulanat	<b>EHU</b>
<b>12</b>	Karbenisilin	<b>UH-P, A 72</b>
<b>13</b>	Sulbaktam	<b>EHU</b>
<b>B) Sefalosporinler</b>		
1. Kuşak Sefalosporinler		
<b>1</b>	Sefadroksil	<b>KY</b>
<b>2</b>	Sefaleksin	<b>KY</b>
<b>3</b>	Sefazolin	<b>KY</b>
<b>4</b>	Sefradin	<b>KY</b>
<b>5</b>	Sefalotin	<b>KY</b>
<b>5.1</b> <b>(Ek:RG- 21/04/2015-29333/37-a md.)</b> <b>(Yürürlük: 30/04/2015)</b>	Sefuroksim Aksetil -Klavulanat (Oral)	<b>KY</b>
2. Kuşak Sefalosporinler		
<b>1</b>	Sefaklor	<b>KY</b>
<b>1.1</b> <b>(Ek: RG-04/05/2013-28637/40-a md.)</b> <b>(Yürürlük: 11/05/2013)</b>	Sefaklor-Klavulanat (Oral)	<b>KY</b>
<b>2</b>	Sefoksitin	<b>UH-P</b>
<b>3</b>	Sefprozil	<b>KY</b>
<b>4</b>	Sefuroksim (Parenteral)	<b>UH-P</b>
<b>5</b>	Sefuroksim Aksetil	<b>KY</b>
<b>6</b>	Lorakarbef	<b>KY</b>
<b>7</b> <b>(Ek: RG-07/10/2016-29850/52-a md.)</b> <b>(Yürürlük: 15/10/2016)</b>	Sefuroksim sodyum intrakameral enjeksiyoluk çözelti	<b>Yalnızca göz hastalıkları uzman hekimi tarafından yatan hastalarda reçete edilir.</b>
3. Kuşak Sefalosporinler		
<b>1</b>	Sefiksim	<b>UH-P</b>
<b>1.1</b> <b>(Ek: RG-26/09/2013-28777/13 md.)</b> <b>(Yürürlük:04/10/2013)</b>	Sefiksim-klavulanat (oral)	<b>UH-P</b>
<b>2</b>	Sefodizim	<b>UH-P</b>
<b>3</b>	Sefoperazon	<b>UH-P, A 72</b>
<b>4</b>	Sefoperazon-Sulbaktam	<b>EHU</b>
<b>5</b>	Sefotaksim	<b>UH-P, A 72</b>
<b>6</b>	Seftazidim	<b>UH-P, A 72</b>
<b>7</b>	Seftizoksim	<b>UH-P, A 72</b>
<b>8</b>	Seftriakson	<b>UH-P, A 72APAT'TA KY (Bakınız 6/a)</b>

<b>9</b> <b>(Değişik:RG-25/07/2014 -29071/ 63-a md. Yürürlük: 07/08/2014)</b>	Sefdituren	<b>UH-P</b> <b>UH-P</b> (400 mg lik formu yalnızca ağrı pnömonide ve günlük maksimum kullanım dozu 2 x 1şeklinde kullanılır.)
<b>10</b> <b>(Değişik : RG- 24/12/2016- 29928/7 md. Yürürlük: 24/12/2016)</b>	Sefdinir	<b>UH-P</b> (600 mg lik formu günlük maksimum kullanım dozu 1 x 1) Ayaktan tedavide birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre uzman olan tüm hekimlerce, ilaveten 1. Basamak sağlık hizmeti sunucularında ise enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden yetkilendirilmiş aile hekimleri tarafından reçetelebilir. (600 mg lik formu günlük maksimum kullanım dozu 1 x 1)
<b>10.1</b> <b>(Değişik: RG- 24/12/2016- 29928/7 md. Yürürlük: 24/12/2016)</b>	Sefdinir- Klavulanat (Oral)	<b>UH-P</b> Ayaktan tedavide birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre uzman olan tüm hekimlerce, ilaveten 1. Basamak sağlık hizmeti sunucularında ise enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden yetkilendirilmiş aile hekimleri tarafından reçetelebilir.
<b>11</b>	Sefpodoksim Proksetil	<b>UH-P</b>
<b>11.1</b>	Sefpodoksim Proksetil- Klavulanat (Oral)	<b>UH-P</b>
<b>12</b>	Seftibuten	<b>UH-P</b>
<b>12.1</b> <b>(Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 40-b md. Yürürlük:11/05/2013)</b>	Seftibuten-Klavulanat (Oral)	<b>UH-P</b>
<b>4. Kuşak Sefalosporinler</b>		
<b>1</b>	Sefepim	<b>EHU</b>
<b>C) Diğer Betalaktam Antibiyotikler</b>		
Monobaktamlar		
<b>1</b>	Aztreonam	<b>UH-P, A 72</b>
Karbapenemler		
<b>1</b>	İmipenem	<b>EHU</b>
<b>2</b>	Meropenem	<b>EHU</b>
<b>3</b>	Ertapenem	<b>EHU (1x1 dozda)</b>
<b>4</b>	Doripenem	<b>EHU</b>
<b>2-MAKROLİD VE LİKOZAMİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER</b>		
<b>A) Makrolidler</b>		
<b>1</b> <b>(Ek: RG- 04/02/2018- 30322/33-a md. Yürürlük: 15/02/2018)</b>	Azitromisin Oral	<b>KY</b>
<b>1.1</b> <b>(Ek: RG-04/02/2018- 30322/33-a md. Yürürlük: 15/02/2018)</b>	Azitromisin Parenteral	<b>UH-P</b>
<b>2</b>	Diritromisin	<b>KY</b>
<b>3</b>	Eritromisin	<b>KY</b>
<b>4</b>	Klaritromisin Oral	<b>KY</b>
<b>5</b>	Klaritromisin MR	<b>KY</b>
<b>6</b>	Klaritromisin Paranteal	<b>UH-P</b>
<b>7</b>	Roksitromisin	<b>KY</b>
<b>8</b>	Spiramisin	<b>KY</b>
<b>9</b>	Treoleandomisin	<b>KY</b>
<b>10</b>	Telitromisin	<b>K-AB(Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)</b>

<b>B) Linkozamidler</b>		
1	Klindamisin	<b>KY</b>
2	Linkomisin	<b>KY</b>
3	Doksiklin	<b>KY</b>
<b>C) Tetrasiklinler</b>		
1	Tetrasiklin	<b>KY</b>
2	Tetrasiklin – Nistatin	<b>KY</b>
3	Oksitetasiklin	<b>KY</b>
4	Tigecycline	<b>EHU</b>
<b>3- AMFENİKOLLER</b>		
1	Kloramfenikol	<b>KY</b>
2	Tiamfenikol	<b>KY</b>
<b>4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER</b>		
1	Amikasin	<b>UH-P</b>
2	Gentamisin	<b>KY</b>
3	İsepamisin	<b>EHU</b>
4	Kanamisin ve Türevleri	<b>KY</b>
5	Neomisin ve Kombinasyonları	<b>KY</b>
6	Netilmisin	<b>UH-P</b>
7	Streptomisin	<b>KY</b>
8	Tobramisin Parenteral	<b>UH-P</b>
<b>5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER</b>		
1	Siprofloxasin Oral	<b>KY</b>
2	Siprofloxasin Parenteral	<b>UH-P, A 72</b>
3	Enoksasin	<b>KY</b>
4	Levofloksasin Oral	<b>K-AB</b> (Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloxasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
5	Levfoloksasin Parenteral	<b>UH-P, A 72</b>
6	Norfloksasin	<b>KY</b>
7	Ofloksasin Oral	<b>KY</b>
8	Ofloksasin Parenteral	<b>UH-P, A 72</b>
9	Pefloksasin Oral	<b>KY</b>
10	Pefloksasin Parenteral	<b>KY</b>
11	Moxifloksasin Oral	<b>K-AB</b> (Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloxasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
12	Moxifloksasin Parenteral	<b>UH-P, A 72</b>
13	Moksifloksasin oftalmik formları	<b>Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.</b>
14	Lomefloksasin	<b>KY</b>
15	Gatifloksasin oftalmik formları	<b>Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.</b>
16	Gemifloksasin oral	<b>K-AB</b> (Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloxasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
17 <b>(Ek: RG-07/10/2016- 29850/52-b md. Yürürlük: 15/10/2016)</b>	Levofloksasin oftalmik formları	<b>Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.</b>
<b>6- ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER</b>		
<b>A) Antistafilocokal Penisilinler</b>		
1	Flukloksasillin	<b>KY</b>
2	Nafsilin	<b>UH-P</b>
<b>B) Glikopeptid Antibiyotikler</b>		
1	Vankomisin	<b>EHU**</b>
2	Teikoplanin	<b>EHU APAT'TA KY (Bakınız 6/b)</b>
3	Basitrasin	<b>KY</b>

<b>4</b> <b>(Ek: RG-16/06/2020-31157/25-a md. Yürürlük: 24/06/2020)</b>	Polimiksin B Oftalmik Formları	<b>KY</b>
<b>4.1</b> <b>(Ek: RG-16/06/2020-31157/25-a md. Yürürlük: 24/06/2020)</b>	Polimiksin B Parenteral Formları	<b>EHU</b>
<b>5</b>	Kolistin ve Türevleri	<b>KY</b>
<b>5.1</b>	Kolistimetat	<b>EHU</b> (Çoklu ilaç direnci gösteren gram negatif bakteri enfeksiyonlarında kültür antibiyogram sonucu ile kullanılır. (Kistik fibrozis (KF) hastalarında Pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda EK-4/F madde 27 ye göre)
<b>C) Diğer Antistafilocokal Antibiyotikler</b>		
<b>1</b>	Fusidik Asit ve Tuzları	<b>KY</b>
<b>2</b>	Sodyum fucidat enjektabl formu	<b>EHU</b>
<b>3</b>	Mupirosin	<b>KY</b>
<b>4</b>	Linezolid	<b>EHU</b>
<b>5</b>	Daptomisin	<b>Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı</b> (Erişkinlerde metisiline duyarlı ve dirençli S. aureus izolatlarının neden olduğu sağ taraf infektif endokarditi, bakteremiler ve komplike cilt yumuşak doku enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılır.)
<b>7- ANSAMİSİNLER</b>		
<b>1</b>	Rifabutin	<b>UH-P</b>
<b>2</b>	Rifamisin	<b>KY</b>
<b>3</b>	Rifampisin	<b>KY</b>
<b>8- SULFONAMİD ANTİBİYOTİKLER VE TRİMETOPRİM KOMBİNASYONLARI</b>		
<b>1</b>	Sulfisoxazole	<b>KY</b>
<b>2</b>	Sulfadiazin	<b>KY</b>
<b>3</b>	Sulfametoksipridazin	<b>KY</b>
<b>4</b>	Sulfametoksazol	<b>KY</b>
<b>5</b>	Trimetoprim	<b>KY</b>
<b>6</b>	Trimetoprim Sulfametoksazol	<b>KY</b>
<b>9-ANTİANAEROBİK ETKİLİ ANTİBİYOTİKLER</b>		
<b>1</b>	Metronidazol Parenteral	<b>KY</b>
<b>2</b>	Metronidazol (üre kombinasyonları dahil)	<b>KY</b>
<b>3</b>	Ornidazol	<b>KY</b>
<b>4</b>	Seknidazol	<b>KY</b>
<b>5</b>	Tinidazol	<b>KY</b>
<b>10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER</b>		
<b>1</b>	Amfoterisin B (Klasik)	<b>UH-P, A 72</b>
<b>2</b>	Kaspofungin	Madde 4.2.23 esaslarına göre
<b>3</b>	Flukonazol Parenteral	<b>UH-P, A 72</b>
<b>3.1</b> <b>(Ek: RG-04/02/2018-30322/33-b md. yürürlük: 15/02/2018)</b>	Flukonazol Oftalmik formları	Yalnızca fungal oftalmolojik enfeksiyonlarda göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.
<b>4</b>	Flukonazol Oral ve Diğer Formları	<b>KY</b>
<b>5</b>	Itrakonazol oral (solusyon hariç)	<b>UH-P</b>
<b>6</b>	Itrakonazol infüzyon ve solüsyon	Madde 4.2.23 esaslarına göre
<b>7</b>	<b>Ketokonazol</b>	<b>KY</b>
<b>7</b> <b>(Değişik: RG-10/05/2018- 30417/29-a md. Yürürlük: 18/05/2018)</b>	Ketokonazol	<b>KY</b> (Şampuan formlarının yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)
<b>8</b>	Lipid Komplex Amfoterisin B	Madde 4.2.23 esaslarına göre

<b>9</b>	Lipozomal veya Kolloidal Dispersiyon Amfoterisin B	Madde 4.2.23 esaslarına göre
<b>10</b>	Terbinafin	<b>KY</b>
<b>11</b>	Griseofulvin	<b>KY</b>
<b>12</b>	Varicanazole	Madde 4.2.23 esaslarına göre
<b>13</b>	Sertakonazole	<b>KY</b>
<b>14</b>	Nistatin (Tetrasiklinle kombine şekli dahil)	<b>KY</b>
<b>15</b>	Natamisin (Pimarisin)	<b>KY</b>
<b>16</b>	Mikonazol	<b>KY</b>
<b>17</b>	Oksikonazol	<b>KY</b>
<b>18</b>	İzokonazol	<b>KY</b>
<b>19</b>	Anidulafungin	Madde 4.2.23 esaslarına göre
<b>20</b>	Posakonazol	Madde 4.2.23 esaslarına göre
<b>21</b> <b>(Ek: RG-04/09/2019-30878/ 63-a md. Yürürlük: 12/09/2019)</b>	Siklopiroks olamin şampuan formları	Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

#### 11-ANTİVİRAL İLAÇLAR

**(Değişik:RG- 21/04/2015-29333 / 37-b md. Yürürlük: 30/04/2015)**

##### A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar

<b>1</b>	Abacavir	<b>EHU</b>
<b>2</b>	Stavudin	<b>EHU</b>
<b>3</b>	Zalsitabin	<b>EHU</b>
<b>4</b>	İndinavir	<b>EHU</b>
<b>5</b>	Lamivudin 150mg (Zidovudin kombinasyonları dahil)	<b>EHU</b>
<b>6</b>	Nevirapin	<b>EHU</b>
<b>7</b>	Ritonavir (Lopinavir kombinasyonları dahil)	<b>EHU</b>
<b>8</b>	Zidovudin (Lamivudin kombinasyonları dahil)	<b>EHU</b>
<b>9</b>	Tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin	<b>EHU</b> Prospektüs endikasyonunda, 18 yaşın üzerindeki hastalarda diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır. (Tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin veya lamivudin içeren diğer ilaçlarla birlikte kullanılmamak üzere)
<b>10</b>	Tenofovir disoproksil	Kronik Hepatit B'de Madde 4.2.13 esaslarına göre, HIV de EHU koşulu
<b>11</b>	Fosamprenavir	<b>EHU</b>
<b>12</b>	Đarunavir	<b>EHU</b> ; Prospektüs endikasyonunda, düşük doz ritonavir ve diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır.
<b>13</b>	Etravirin	Daha önce antiretroviral tedavi görmüş aneak direnç (virolojik yanitsızlık [viral yük >50 kopya /ml] ve/veya uygun direnç testleriyle belirlenmiş) gelişmiş erişkin hastalarda; enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu hekimlere veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>14</b>	Raltegravir	<b>EHU</b> ; antiretroviral tedavi altındayken direnç gelişen yanıt alınamayan hastalarda kombine olarak <b>(Ek: RG-04/05/2013- 28637/ 40-e md. Yürürlük:11/05/2013)</b>
<b>15</b>	Dolutegravir <b>(EK:RG-18/02/2015-29271/28md. Yürürlük: 28/02/2015)</b>	<b>EHU</b> ; HIV 1 ile enfekte ve integraz sınıflına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV 1 ile enfekte ve integraz sınıflına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.

<b>1</b>	Abacavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>2</b>	Stavudin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>3</b>	Zalsitabin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>4</b>	İndinavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>5</b>	Lamivudin (Zidovudin kombinasyonları dahil)	HIV de; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Kronik Hepatit B'de; Madde 4.2.13 esaslarına göre
<b>6</b>	Nevirapin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>7</b>	Ritonavir (Lopinavir kombinasyonları dahil)	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>8</b>	Zidovudin (Lamivudin kombinasyonları dahil)	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

<b>9</b>	Tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır. (Tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin veya lamivudin içeren diğer ilaçlarla birlikte kullanılmaz.)
<b>10</b>	Tenofovir disoproksil	HIV de; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Kronik Hepatit B'de; Madde 4.2.13 esaslarına göre
<b>11</b>	Fosamprenavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>12</b>	Darunavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Düşük doz ritonavir ve diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır.
<b>13</b>	Etravirin	Daha önce antiretroviral tedavi görmüş ancak direnç (virolojik yanntsızlık [viral yük >50 kopya /ml] ve/veya uygun direnç testleriyle belirlenmiş) gelişmiş erişkin hastalarda; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

<p><b>14</b>            (Değişik:RG-05/08/2015-29436/39-a md.            Yürürlük:            13/08/2015)</p>	<p>Raltegravir</p>	<p><b>Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarına</b> <b>düzenlenecek sağlık raporuna istinaden</b> <b>Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarına,</b> <b>bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklaması bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.</b> <b>Antiretroviral tedavi altındayken direnç gelişen yanıt alamayan hastalarda kombine olarak kullanılır.</b> Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklaması bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.</p>
<p><b>15</b>            (Değişik: RG-07/10/2016-29850            /52-c md. Yürürlük:            15/10/2016)</p>	<p>Dolutegravir</p>	<p><b>Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarına</b> <b>düzenlenecek sağlık raporuna istinaden</b> <b>Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarına,</b> <b>bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklaması bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.</b> <b>HIV 1 ile enfekte ve integrasız sınıftına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda;</b> <b>HIV 1 ile enfekte ve integrasız sınıftına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.</b> Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarına, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklaması bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. <b>HIV 1 ile enfekte ve integrasız sınıftına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda;</b> <b>HIV 1 ile enfekte ve integrasız sınıftına dirençli olmayan veya dirençli olduğundan klinik olarak şüphe edilmeyen hastalarda; efavirenz, nevirapin, tipranavir/ritonavir veya rifampisin ile birlikte kullanıldığından dolutegravir maksimum 2x1 dozunda;</b> <b>HIV 1 ile enfekte ve integrasız sınıftına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.</b></p>

<b>15</b> (Değişik:RG- 28/12/2018-30639/ 42-a md. Yürürlük: 08/01/2019)	Dolulegravir	<p>Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>Yetişkinlerde 50 mg formu;</p> <p>HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfla dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda;</p> <p>HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfla dirençli olmayan veya dirençli olduğundan klinik olarak şüphe edilmeyen hastalarda; efavirenz, nevirapin, tipranavir/ritonavir veya rifampisin ile birlikte kullanıldığından dolulegravir maksimum 2x1 dozunda;</p> <p>HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfla dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.</p> <p>6 yaş üzerindeki, HIV ile enfekte ve integras sınıfla dirençli olmayan çocuklar ve adölesanlarda;</p> <p>15 ilâ 19 kilogram ağırlığı olan hastalarda günlük dolulegravir dozu 20 mg, 20 ilâ 29 kilogram ağırlığı olan hastalarda günlük dolulegravir dozu 25 mg, 30 ilâ 39 kilogram ağırlığı olan hastalarda günlük dolulegravir dozu 35 mg, 40 kilogram ve üzeri olan hastalarda günlük dolulegravir dozu 50 mg'dır.</p> <p>HIV ile enfekte ve integras sınıfla dirençli olmayan veya dirençli olduğundan klinik olarak şüphe edilmeyen hastalarda; efavirenz, nevirapin, tipranavir/ritonavir veya rifampisin ile birlikte kullanıldığından dolulegravir dozu, kilogram bazlı günlük dozun 2 katı kadar uygulanır.</p>
<b>16</b>	Tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin + kobilstat + elvitegravir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında düzenlenen sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>17</b> (Ek: RG-18/01/2016- 29597/26 Yürürlük: 26/01/2016)	Rilpivirin	Daha önce tedavi almamış viral yükü 100.000/ml kopyanın altında olan yetişkin HIV pozitif hastalarda bu durumun belirtildiği enfeksiyon hastalıkları uzmanlarında düzenlenenecek 6 ay süreli sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzmanlarında, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

<b>18</b> <b>(Ek: RG-07/10/2016-29850 /52-ç md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>15/10/2016)</b>	Abacavir + Dolutegravir + Lamivudin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanıncı, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>19</b> <b>(Ek: RG-08/06/2017-30090/ 35 md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>16/06/2017)</b>	Maravirok	Daha önce en az üç farklı antiretroviral sınıfı ilaç ile tedavi görmüş olan dirençli ve yalnızca CCR5-tropik HIV-1 ile enfekte olduğu tropizm testi ile gösterilen erişkin hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.
<b>20</b> <b>(Ek: RG-09/09/2017-30175/ 47 md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>23/09/2017)</b>	Tenofovir alafenamit+ emtrisitabin+kobisistat+ elvitegravir	Enfeksiyon hastalıkları uzmanıncı düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzmanıncı, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>21</b> <b>(Ek: RG-16/06/2020-31157/25-b md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>24/06/2020)</b>	Biktegravir sodyum+Emtrisitabin+Tenofovir alafenamid fumarat	Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzman hekimlerince, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
<b>B) Diğer Antiviraller</b>		
<b>1</b>	Asiklovir Oral	<b>KY</b>
<b>1.1</b>	Asiklovir Parenteral	<b>EHU</b>
<b>2</b>	Famsiklovir	<b>UH-P</b>
<b>3</b>	Gansiklovir	<b>EHU</b>
<b>4</b>	Valasiklovir	<b>UH-P</b> (Herpeslabialis endikasyonunda ise; UHP koşulu ile en küçük doz ve en küçük ambalaj formu ödenir.)
<b>5</b>	Lamivudin 100 mg	Madde 4.2.13 esaslarına göre
<b>6</b>	Ribavirin	Madde 4.2.13 esaslarına göre
<b>7</b>	Telbivudin	Madde 4.2.13 esaslarına göre
<b>8</b>	Didanozin	<b>EHU</b>
<b>9</b>	Efavirenz	<b>EHU</b>
<b>10</b>	Adefovir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
<b>11</b>	Entakavir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
<b>12</b>	Zanamivir	<b>UH-P</b>
<b>13</b>	Oseltamivir	<b>UH-P</b>
<b>14</b>	Brivudine Oral	<b>UH-P</b>

<b>15</b> Değişik: RG- 25/07/2014-29071/ 63 b md. Yürürlük: 07/08/2014) (Değişik: RG- 18/06/2016-29746/ 31 md. Yürürlük: 25/06/2016)	Valgansiklovir	<b>EHU</b> <span style="float: right;">4yy</span> 3 ay süreli enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. (Ek: RG-10/05/2018-30417/29-b md. Yürürlük: 18/05/2018) Böbrek nakli olan hastalarda sitomegalovirus (CMV) hastalığının önlenmesinde transplantasyondan sonraki 10 gün içinde başlanan profilaksi süresi en fazla 100 gündür. Bu sürenin sonunda, CMV IgM ve IgG değerleri negatif olan hastalarda enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporu ile reçete edilmesi halinde transplantasyondan sonraki en fazla 200 üncü güne kadar profilaksi süresi uzatılabilir.
<b>16</b>	Talepravir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
<b>17</b> (Ek: RG-28/12/2018- 30639/ 42-b md. Yürürlük: 08/01/2019)	Sidofovir	Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; en fazla 3 ay süreli enfeksiyon veya göz hastalıkları uzman hekimi raporuna istinaden, enfeksiyon veya göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Endikasyon dışı onay tarihi ve süresi uzman hekim raporunda belirtilir.
<b>12-ANTİTÜBERKÜLOZ İLAÇLAR *</b>		
<b>1</b>	Etionamid	<b>UH-P</b>
<b>2</b>	Sikloserin	<b>UH-P</b>
<b>3</b>	Tiasetazon	<b>UH-P</b>
<b>4</b>	Morfozinamid	<b>KY</b>
<b>5</b>	Protonamid	<b>UH-P</b>
<b>6</b>	Rifabutin	<b>UH-P</b>
<b>7</b>	Rifampisin	<b>KY</b>
<b>8</b>	Streptomisin	<b>KY</b>

\* Tedavi başlangıcında UD veya Verem Savaş Dispanserlerinde yazılması durumunda ve idamesinde KY

### 13- DİĞERLERİ

<b>1</b>	Morfin, Petidin	<b>UH-P</b>
<b>2</b>	Glukagon	<b>UH-P</b>
<b>2</b> (Değişik: RG- 21/03/2018-30367/ 38-a md. Yürürlük: 01/04/2018)	Glukagon	<b>UH-P</b> (Glukagonun günlük 3 ve üzeri uygulanmasının gereklisi durumunda hastanın iç hastalıkları uzman hekimlerince hastaneye yatırılarak insülin dozunun ayarlanması ve belirlenen günlük uygulama sayısının 3 ve üzerinde olması durumunun devam etmesi halinde en az bir iç hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi koşulu ile bedeli Kurumca karşılaşır.)
<b>3</b>	Alfuzosin, Tamsulosin, Terazosin, Serenoa repens standardize lipofilik ekstre, Doksazosin, Silodosin (Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda)	<b>UH-P</b>
<b>4</b>	Finasterid, dutasterid	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.
<b>4</b> (Değişik:RG- 21/04/2015-29333 / 37-c md. Yürürlük: 30/04/2015)	Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil)	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

<b>5</b>	Metil Fenidat HCl	Hiperaktivite ve dikkat eksikliği tedavisinde, yalnızca 25 yaş altında ve psikiyatri uzmanları reçete edilebilir.
<b>6</b>	Pantoprazol	20 mg. formlarının H. pylori endikasyonunda kullanılması ve diğer endikasyonlarında günde en fazla 2x1 dozda kullanılması
<b>7</b>	Bizmut subsalisilat	<b>KY</b> (Seyahat diyaresi endikasyonunda ödenmez)
<b>8</b>	Allantoin+ heparin+extractum cepae içeren kombine preparatlar	Plastik cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>9</b>	Lizürid Maleat	<b>UH-P</b>
<b>10</b>	Sadece üre içeren preparatlar	Cilt hastalıkları uzmani (Sadece ihtiyozis veya kseroderma veya kserosis kutis endikasyonlarında ödenir)
<b>11</b>	Doksofilin (kombinasyonları dahil)	Göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
<b>12</b>	8- Metoksipsoralen	<b>UH-P</b>
<b>12.1</b> <b>(Ek: RG-04/09/2019-30878/ 63-b md. Yürürlük: 12/09/2019)</b>	8-Metoksipsoralen (topikal formları)	Sadece dermatoloji uzman hekimlerince
<b>13</b> <b>(Mülga: RG-16/06/2020-31157/25-c md. Yürürlük: 24/06/2020) (Değişik: RG-05/08/2015-29436/-39-b md. Yürürlük: 13/08/2015)</b>	Modafinil	<b>UH-P</b> <b>Ayaktan tedavide psikiyatri, nöroloji ve göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna istinaden tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.</b>
<b>14</b>	Ranitidin Bizmut Sitrat	<b>UH-P</b>
<b>15</b>	Naferalin Asetat	<b>UH-P</b>
<b>16</b>	Asetilsistein	<b>KY</b> (600 mg'in üzerindeki dozları uzman hekimlerince reçetelenir)
<b>17</b>	Eritromisin+Isotretinoïn / Eritromisin+Tretionin / Eritromisin+ Benzoilperoksit (Topik formları dahil)/Klindamisin+Benzoilperoksit	Sadece Cilt Hastalıkları Uzman Hekimlerince
<b>18</b>	Multivitamin Pronatal	Sadece gebelikte
<b>19</b>	H. Pylori eradikasyon tedavi paketi-	Yılda 14 günlük tedaviyi geçmeyecek şekilde iç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir. (Levofloksasin etken maddesini içeren tedavi paketlerinde ayrıca antibiyogramla klaritromisin ve metronidazole direnç varlığını gösterir antibiyogram sonuç belgesinin tarih ve sonucunun e reçete/e raporda belirtilmesi koşulu ile).

<b>19</b> <b>(Değişik: RG-25/07/2014-29071/63-c md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>25/07/2014)</b>	H. Pylori eradikasyon tedavi paketi	Yılda 14 günlük tedaviyi geçmeyecek şekilde iç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir. (Levofloksasin etken maddesini içeren tedavi paketlerinde ayrıca daha önce Amoksisilin/Proton pompa inhibitörü/Klaritromisin içeren üçlü tedaviden yanıt alınamamış, H.pylori varlığının kanıtlandığı invazif veya invazif olmayan test sonuç belgesinin tarih ve sonucu ile levofloksasine duyarlı olduğunu gösteren antibiyogram sonuç belgesinin tarih ve sonucunun e-reçete/e-raporda belirtilmesi koşulu ile).
<b>20</b>	Siklopentolat HCL, Tropikamid, Fenilefrin HCL içeren göz damlaları	Göz hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. (Sağlık Bakanlığıncı belirlenen diğer kurallara uyulacaktır.)
<b>21</b>	Albendazol	400 Mg lik formlarının büyük ambalajları yalnızca "Kisthidatik ve nösisisarkosis hastalığı" endikasyonlarında ödenir.
<b>22</b>	Rifaksimin (Yalnızca intestinal aşırı çoğalma sendromu, hepatik ensefalopati, kolonun semptomatik komplike olmayan divertiküler hastalığı, kronik bağırsak inflamasyonu gibi rifaksimine duyarlı bakteriler tarafından desteklenen Gİ hastalıkların tedavisi ve kolorektal cerrahide enfektif komplikasyonların proflaksi endikasyonlarında)	<b>UH-P</b>
<b>23</b> <b>(Ek: RG-18/02/2017-29983/19 md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>01/03/2017)</b>	Fenspirid hidroklorür	Nazal preparatlar, obstruktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan ilaçlar, öksürük ve soğuk algınlığı preparatları ve sistemik kullanılan antihistaminikler grubunda (R01, R03, R05, R06 ATC grupları) yer alan ilaçlarla birlikte kullanımı ödenmez.
<b>24</b> <b>(Ek: RG-21/03/2018 - 30367/ 38-b md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>01/04/2018)</b>	Kalsiyum karbonat + kolekalsiferol (vitamin D3) + genistein	Yalnızca postmenopozal osteoporoz endikasyonunda bedeli Kurumca karşılaşır.
<b>25</b> <b>(Ek: RG-10/05/2018 - 30417/ 29-c md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>18/05/2018)</b>	Diltiazem (topikal formları)	Yalnızca genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.
<b>26</b> <b>(Ek: RG-10/05/2018 - 30417/ 29-c md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>18/05/2018)</b>	Gliseril trinitrat (topikal formları)	Yalnızca kronik anal fissürlere bağlı ağrının tedavisinde genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.
<b>27</b> <b>(Ek: RG-10/05/2018 - 30417/ 29-c md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>18/05/2018)</b>	Piritiyon çinko (topikal süspansiyon formları)	Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.
<b>28</b> <b>(Ek: RG-10/05/2018 - 30417/ 29-c md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>18/05/2018)</b>	Fosfomisin (parenteral formları)	<b>EHU</b>

<b>28.1</b> <b>(Ek:RG-16/06/2020-31157/25-c md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>24/06/2020)</b>	Fosfomisin (oral formları)	Sadece alt üriner sistem enfeksiyonu tedavisinde 10 gün içinde en fazla 2 saşe kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.
<b>29</b> <b>(Ek:RG-28/12/2018 - 30639/ 42-c md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>08/01/2019)</b>	Doksilamin süksinat + Piridoksin hidroklorür	Yalnızca gebelerde mide bulantısı ve kusmanın tedavisi için kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.
<b>30</b> <b>(Ek:RG-28/12/2018 - 30639/ 42-c md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>08/01/2019)</b>	Prednizon	Yalnızca yetişkinlerde, özellikle sabah tutukluğunun eşlik ettiği orta ve şiddetli aktif romatoid artrit tedavisinde romatoloji, fiziksel tip ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.
<b>31</b> <b>(Ek:RG-16/06/2020-31157/25-c md.</b> <b>Yürürlük:</b> <b>24/06/2020)</b>	Kolekalsiferol (Vitamin D3) mono preparatları	Yalnızca ruhsatlı endikasyonlarında reçetelenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılaşır.

**NOT:** Antibiyotiklerin topik formları bu hükümler dışındadır.

#### AÇIKLAMALAR:

- 1. KY** :Kısıtlama olmayan antibiyotikler.
- 2. UH-P** : Ayaktan tedavide uzman hekimlerce veya uzman hekim raporuna bağlı olarak pratisyen hekimler dahil tüm hekimlerce, yatarak tedavide ise tüm hekimlerce reçete edilebilir.
- 3. EHU\*** : Böbrek yetmezliği, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedavi alanlara bu hastalıklar kurul raporunda belirtilmek kaydıyla.

**EHU\*\*:** Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU'nın olmadığı yerlerde iç hastalıkları uzmanının veya göğüs hastalıkları uzmanının; çocuk hastalarda, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı yerlerde çocuk hastalıkları uzmanının yazabileceği antibiyotikler.

**4. EHU (ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMANI):** Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU'nın olmadığı yerlerde İç Hastalıkları Uzmanının yazabileceği, Çocuk hastalarda, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olmadığı yerlerde Çocuk Hastalıkları Uzmanının yazabileceği antibiyotikler.

Acil durumlarda, (endikasyonları dahilinde kullanılmak kaydıyla) iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzmanları tedaviye başlayabilir, ancak takip eden ilk iş günü, bu uzmanlar tarafından yazılan reçetenin EHU tarafından onaylanması zorunludur.

Hastane enfeksiyon komitesinin belirlediği kurallar ve/veya protokollere uygun olarak enfeksiyon hastalıkları uzmanı aranmaksızın hastayı tedavi etmeyecektir.

**5. A-72:** Reçete edilme için EHU onayı gerekmeyen, ancak, aynı ilaç 72 saatten daha uzun süre kullanılacak ise (en geç ilk 72 saat içinde ) EHU'nun onayının alınması gereken antibiyotikler.

Bu antibiyotikler için enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı hastanelerde pnömoni, bronsiktazi, KOAH akut alevlenme ve invaziv pulmoner aspergillosis endikasyonları ile ilgili olarak göğüs hastalıkları veya iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimlerinin onayı; bu endikasyonlar dışında kalan endikasyonlar için ise enfeksiyon hastalıkları uzmanı olmayan hastanelerde iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzmanının onayı yeterlidir

#### 6. APAT: “AYAKTAN PARENTERAL ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ”

Bu uygulama, hastanın ayaktan parenteral antibiyotik tedavisinin uygun olduğunu gösteren “APAT” ibaresinin reçetede belirtilmesi ile işleme alınır.

A-72 kapsamındaki ilaçlardan biri kullanıldıktan sonra diğerleri EHU olmaksızın peş peşe kullanılamaz.

#### APAT uygulamasına aşağıdaki durumlar girer:

**a. Akut Bakteriyel menenjitte tek doz Seftriakson 2 gr. KY.** Hasta, LP'nin yapılabileceği merkeze ortalama 4 saatte daha uzak ise 2 gram seftriakson yapılabilir.

**b.** Hastanın enfeksiyonunun APAT'a uygun olduğunu belgeleyen EHU' nun da içinde bulunduğu bir sağlık kurulu raporu ile KY

#### 7. Cerrahi proflakside kullanılmayacak antibiyotikler:

- 1-A) PENİSİLİNLER 9-12,
- 1-B) SEFALOSPORİNLER 3. Kuşak Sefalosporinler 1,2,
- 2-A) MAKROLİDLER 1-9,
- 4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER 1-8,
- 5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER 1,2,11,12,
- 6-B) GLİKOPEPTİD ANTİBİYOTİKLER 1,2

(Bu antibiyotikler cerrahi proflaksi amacıyla ancak “Açıklama 5” şartları dahilinde kullanılabilir)

**8. K-AB ( Kültür - Antibiyogram) :**Bu antibiyotikler ayaktan hastalara kullanıldığında kültür antibiyogram sonucu reçeteye eklenecek mikroorganizma duyarlığının gösterilmesi gereklidir.

**NOT:** Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” nde yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir.