

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.

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

9 Değişik:RG-25/07/2014 -29071/ 63-a md. Yürürlük: 07/08/2014)	Sefditoren	UH-P UH-P (400 mg lık formu yalnızca ağır pnömonide ve günlük maksimum kullanım dozu 2 x 1 şeklinde kullanılır.)
10 (Değişik : RG-24/12/2016- 29928/7 md. Yürürlük: 24/12/2016)	Sefdinir	UH-P (600 mg lık 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 reçetelendirilebilir. (600 mg lık formu günlük maksimum kullanım dozu 1 x 1)
10.1 (Değişik: RG-24/12/2016- 29928/7 md. Yürürlük: 24/12/2016)	Sefdinir- Klavulanat (Oral)	UH-P 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 reçetelendirilebilir.
11	Sefpodoksim Proksetil	UH-P
11.1	Sefpodoksim Proksetil- Klavulanat (Oral)	UH-P
12	Seftibuten	UH-P
12.1 (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 40-b md. Yürürlük:11/05/2013)	Seftibuten-Klavulanat (Oral)	UH-P
4. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefepim	EHU
C) Diğer Betalaktam Antibiyotikler		
Monobaktamlar		
1	Aztreonam	UH-P, A 72
Karbapenemler		
1	İmipenem	EHU
2	Meropenem	EHU
3	Ertapenem	EHU (1x1 dozda)
4	Doripenem	EHU
2-MAKROLİD VE LİNKOSAMİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
A) Makrolidler		
1 (Ek: RG- 04/02/2018- 30322/33-a md. Yürürlük: 15/02/2018)	Azitromisin Oral	KY
1.1 (Ek: RG-04/02/2018- 30322/33-a md. Yürürlük: 15/02/2018)	Azitromisin Parenteral	UH-P
2	Diritromisin	KY
3	Eritromisin	KY
4	Klaritromisin Oral	KY
5	Klaritromisin MR	KY
6	Klaritromisin Paranteral	UH-P
7	Roksitromisin	KY
8	Spiramisin	KY
9	Treoleandomisin	KY
10	Telitromisin	K-AB (Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)

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

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

9	Lipozomal veya Kolloidal Dispersiyon Amfoterisin B	Madde 4.2.23 esaslarına göre
10	Terbinafin	KY
11	Griseofulvin	KY
12	Varikanazole	Madde 4.2.23 esaslarına göre
13	Sertakonazole	KY
14	Nistatin (Tetrasiklinle kombine şekli dahil)	KY
15	Natamisin (Pimarisin)	KY
16	Mikonazol	KY
17	Oksikonazol	KY
18	İzokonazol	KY
19	Anidulafungin	Madde 4.2.23 esaslarına göre
20	Posakonazol	Madde 4.2.23 esaslarına göre
21 (Ek: RG-04/09/2019-30878/ 63-a md. Yürürlük: 12/09/2019)	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		
1	Abacavir	EHU
2	Stavudin	EHU
3	Zalcitabin	EHU
4	İndinavir	EHU
5	Lamivudin 150mg (Zidovudin kombinasyonları dahil)	EHU
6	Nevirapin	EHU
7	Ritonavir (Lopinavir kombinasyonları dahil)	EHU
8	Zidovudin (Lamivudin kombinasyonları dahil)	EHU
9	Tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin	EHU Prospektüs endikasyonunda, 18 yaşın üzerindeki hastalarda diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır. (Tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin veya lamivudin içeren diğer ilaçlarla birlikte kullanılmamak üzere)
10	Tenofovir disoproksil	Kronik Hepatit B'de Madde 4.2.13 esaslarına göre, HIV de EHU koşulu
11	Fosamprenavir	EHU
12	Darunavir	EHU ; Prospektüs endikasyonunda, düşük doz ritonavir ve diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır.
13	Etravirin	Daha önce antiretroviral tedavi görmüş ancak direnç (virolojik yanıtızlık [viral yük >50 kopya /ml] ve/veya uygun direnç testleriyle belirlenmiş) gelişmiş erişkin hastalarda; enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
14	Raltegravir	EHU ; antiretroviral tedavi altındayken direnç gelişen/yanıt alınamayan hastalarda kombine olarak (Ek: RG-04/05/2013 28637/ 40-e md. Yürürlük:11/05/2013
15	Dolutegravir (EK:RG-18/02/2015-29271/28md. Yürürlük: 28/02/2015)	EHU ; HIV 1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV 1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.

1	Abacavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
2	Stavudin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
3	Zalsitabin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
4	İndinavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
5	Lamivudin (Zidovudin kombinasyonları dahil)	HIV de; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, 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
6	Nevirapin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
7	Ritonavir (Lopinavir kombinasyonları dahil)	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
8	Zidovudin (Lamivudin kombinasyonları dahil)	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

9	Tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, 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.)
10	Tenofovir disoproksil	HIV de; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, 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
11	Fosamprenavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
12	Darunavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, 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.
13	Etravirin	Daha önce antiretroviral tedavi görmüş ancak direnç (virolojik yanıtıslık [viral yük >50 kopya /ml] ve/veya uygun direnç testleriyle belirlenmiş) gelişmiş erişkin hastalarda; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

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

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

18 (Ek: RG-07/10/2016-29850 /52-ç md. Yürürlük: 15/10/2016)	Abacavir + Dolutegravir + Lamivudin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
19 (Ek: RG-08/06/2017-30090/ 35 md. Yürürlük: 16/06/2017)	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.
20 (Ek: RG-09/09/2017-30175/ 47 md. Yürürlük: 23/09/2017)	Tenofovir alafenamit+ emtrisitabin+kobisistat+elvitegravir	Enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
21 (Ek: RG-16/06/2020-31157/25-b md. Yürürlük: 24/06/2020)	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) Diğer Antiviraller		
1	Asiklovir Oral	KY
1.1	Asiklovir Parenteral	EHU
2	Famsiklovir	UH-P
3	Gansiklovir	EHU
4	Valasiklovir	UH-P (Herpeslabialis endikasyonunda ise; UHP koşulu ile en küçük doz ve en küçük ambalaj formu ödenir.)
5	Lamivudin 100 mg	Madde 4.2.13 esaslarına göre
6	Ribavirin	Madde 4.2.13 esaslarına göre
7	Telbivudin	Madde 4.2.13 esaslarına göre
8	Didanozin	EHU
9	Efavirenz	EHU
10	Adefovir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
11	Entakavir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
12	Zanamivir	UH-P
13	Oseltamivir	UH-P
14	Brivudine Oral	UH-P

15 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	EHU- 1 yıl 3 ay süreli enfeksiyon hastalıkları uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. (Ek: RG- 10/05/2018-30417/29-b md. Yürürlük: 18/05/2018) Böbrek nakli olan hastalarda sitomegalovirüs (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 hekim raporu ile reçete edilmesi halinde transplantasyondan sonraki en fazla 200 üncü güne kadar profilaksi süresi uzatılabilir.
16	Talepravir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
17 (Ek: RG-28/12/2018- 30639/ 42-b md. Yürürlük: 08/01/2019)	Sidofovir	Sağlık Bakanlığında hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; en fazla 3 ay süreli enfeksiyon veya göz hastalıkları uzman hekim raporuna istinaden, enfeksiyon veya göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılır. Endikasyon dışı onay tarihi ve süresi uzman hekim raporunda belirtilir.
12-ANTİTÜBERKÜLOZ İLAÇLAR *		
1	Etionamid	UH-P
2	Sikloserin	UH-P
3	Tiasetazon	UH-P
4	Morfozinamid	KY
5	Protionamid	UH-P
6	Rifabutin	UH-P
7	Rifampisin	KY
8	Streptomisin	KY

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

13- DİĞERLERİ

1	Morfin, Petidin	UH-P
2	Glukagon	UH-P
2 (Değişik: RG- 21/03/2018-30367/ 38-a md. Yürürlük: 01/04/2018)	Glukagon	UH-P (Glukagonun günlük 3 ve üzeri uygulanmasının gerekmesi 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 karşılır.)
3	Alfuzosin, Tamsulosin, Terazosin, Serenoa repens standardize lipofilik ekstre, Doksazosin, Silodosin (Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda)	UH-P
4	Finasterid, dutasterid	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.
4 (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.

5	Metil Fenidat HCl	Hiperaktivite ve dikkat eksikliği tedavisinde, yalnızca 25 yaş altında ve psikiyatri uzmanlarınca reçete edilebilir.
6	Pantoprazol	20 mg. formlarının H. pylori endikasyonunda kullanılmaması ve diğer endikasyonlarında günde en fazla 2x1 dozda kullanılması
7	Bizmut subsalisilat	KY (Seyahat diyaresi endikasyonunda ödenmez)
8	Allantoin+ heparin+extractum cepae içeren kombine preparatlar	Plastik cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince reçetelenir.
9	Lizürid Maleat	UH-P
10	Sadece üre içeren preparatlar	Cilt hastalıkları uzmanı (Sadece ihtiyozis veya kseroderma veya kserosis kutis endikasyonlarında ödenir)
11		Göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
12	Doksofilin (kombinasyonları dahil)	
12	8- Metoksipsoralen	UH-P
12.1 (Ek: RG-04/09/2019-30878/ 63-b md. Yürürlük: 12/09/2019)	8-Metoksipsoralen (topikal formları)	Sadece dermatoloji uzman hekimlerince
13 (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)	Modafinil	UH-P Ayaktan tedavide psikiyatri, nöroloji ve göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanımı raporuna istinaden tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.
14	Ranitidin Bizmut Sitrata	UH-P
15	Naferalin Asetat	UH-P
16	Asetilsistein	KY (600 mg'ın üzerindeki dozları uzman hekimlerince reçetelenir)
17	Eritromisin+Isotretinoin / Eritromisin+Tretionin / Eritromisin+ Benzoilperoksit (Topik formları dahil)/Klindamisin+Benzoilperoksit	Sadece Cilt Hastalıkları Uzman Hekimlerince
18	Multivitamin Pronatal	Sadece gebelikte
19	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).

19 (Değişik: RG- 25/07/2014-29071/ 63-c md. Yürürlük: 25/07/2014)	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).
20	Siklopentolat HCL, Tropikamid, Fenilefrin HCL içeren göz damlaları	Göz hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. (Sağlık Bakanlığınca belirlenen diğer kurallara uyulacaktır.)
21	Albendazol	400 Mg lık formlarının büyük ambalajları yalnızca “Kisthidatik ve nösisistisarkosis hastalığı” endikasyonlarında ödenir.
22	Rifaksimim (Yalnızca intestinal aşırı çoğalma sendromu, hepatik ensefalopati, kolonun semptomatik komplike olmayan divertiküler hastalığı, kronik bağırsak inflamasyonu gibi rifaksimine duyarlı bakteriler tarafından desteklenen GI hastalıkların tedavisi ve kolorektal cerrahide enfektif komplikasyonların profilaksisi endikasyonlarında)	UH-P
23 (Ek: RG- 18/02/2017- 29983/19 md. Yürürlük: 01/03/2017)	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.
24 (Ek: RG- 21/03/2018 - 30367/ 38-b md. Yürürlük: 01/04/2018)	Kalsiyum karbonat + kolekalsiferol (vitamin D3) + genistein	Yalnızca postmenopozal osteoporoz endikasyonunda bedeli Kurumca karşılanır.
25 (Ek: RG- 10/05/2018 - 30417/ 29-c md. Yürürlük: 18/05/2018)	Diltiazem (topikal formları)	Yalnızca genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
26 (Ek: RG- 10/05/2018 - 30417/ 29-c md. Yürürlük: 18/05/2018)	Gliseril trinitrat (topikal formları)	Yalnızca kronik anal fissürlere bağlı ağrıların tedavisinde genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
27 (Ek: RG- 10/05/2018 - 30417/ 29-c md. Yürürlük: 18/05/2018)	Piritiyon çinko (topikal süspansiyon formları)	Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
28 (Ek: RG- 10/05/2018 - 30417/ 29-c md. Yürürlük: 18/05/2018)	Fosfomisin (parenteral formları)	EHU

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

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 etmekte olan uzman hekim tarafından da yazılabilecektir.

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, bronşektazi, KOAH akut alevlenme ve invaziv pulmoner aspergillozis 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 saatten 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 profilakside 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 profilaksi amacıyla ancak “Açıklama 5” şartları dahilinde kullanılabilir)

8. K-AB (Kültür - Antibiyogram) :Bu antibiyotikler ayaktan hastalara kullanıldığında kültür antibiyogram sonucu reçeteye eklenerek mikroorganizma duyarlılığının gösterilmesi gerekir.

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.