**EK-4/E**

**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** | Sefaleksin | **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~~**  **~~(Ek: RG- 02/11/2024-32710/29-a md. Yürürlük: 09/11/2024)~~** | ~~Sefaklor~~ | **~~KY~~** ~~(Efervesan formu EHU)~~ |
| **1 (Değişik: RG-25/03/2025-32852/25-a md. Yürürlük: 04/04/2025)** | 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 (Ek:RG-25/08/2022- 31934/59-a md. Yürürlük: 03/09/2022)** | Sefuroksim (Parenteral) | **UH-P, A 72** |
| **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** | Sefiksim | **UH-P** |
| **1.1**  **(Ek: RG-26/09/2013-28777/13 md. Yürürlük:04/10/2013)** | Sefiksim-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** |
| **~~6.1~~**  **~~(Ek:RG-28/04/2021-31468/27-a md. Yürürlük:06/05/2021)~~** | ~~Seftazidim pentahidrat ve Avibaktam sodyum~~ | ~~Komplike intraabdominal enfeksiyon, piyelonefrit dahil komplike idrar yolu enfeksiyonu veya ventilatör ile ilişkili pnömoni dahil hastanede kazanılmış pnömoni tedavisinde; karbapenem, aminoglikozid ve 3 üncü kuşak diğer sefalosporinlere dirençli ve seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum tedavisine duyarlı olduğu in-vitro olarak ispatlanmış hastalarda enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen sağlık raporuna istinaden ikinci ve/veya üçüncü basamak yoğun bakım tedavilerinde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.~~ |
| **6.1**  **(Değişik: RG-01/06/2022-31853/21 md. Yürürlük: 09/06/2022)** | Seftazidim pentahidrat ve Avibaktam sodyum | Komplike intraabdominal enfeksiyon, piyelonefrit dahil komplike idrar yolu enfeksiyonu veya ventilatör ile ilişkili pnömoni dahil hastanede kazanılmış pnömoni tedavisinde; aminoglikozid (“ventilatör ile ilişkili pnömoni” tanılı hastalarda aranmaz) ve karbapenem ile 3 üncü kuşak diğer sefalosporinlere dirençli ve seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum tedavisine duyarlı olduğu in-vitro olarak ispatlanmış hastalarda yalnızca enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen sağlık raporuna istinaden ikinci ve/veya üçüncü basamak yoğun bakım tedavilerinde kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Tedavisi bu şartlarda yoğun bakımda başlamış ve en az 72 saat anılan etkin madde ile tedavi edilen hastanın servise nakli uygun görüldüğü takdirde de seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum tedavisi devam edebilir. Seftazidim pentahidrat ve avibaktam sodyum’un toplam 14 günden daha uzun süre kullanımı halinde Kurumca bedeli karşılanmaz. |
| **7** | Seftizoksim | **UH-P, A 72** |
| **8** | Seftriakson | **(Mülga: RG-25/08/2022-31934/59-a md. Yürürlük:03/09/2022)**  **~~UH-P,~~ A 72 APAT’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 1şeklinde 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 LİNKOZAMİD 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~~** |
| **6 (Değişik: RG- 25/08/2022- 31934/ 59-b md. Yürürlük: 03/09/2022)** | Klaritromisin Paranteral | **EHU** |
| **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** | Doksisiklin | **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~~** |
| **2 (Değişik: RG-25/08/2022- 31934/59-c md. Yürürlük: 03/09/2022)** | Siprofloksasin Parenteral | **A 72, EHU** |
| **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~~** | ~~Levfoloksasin Parenteral~~ | **~~UH-P, A 72~~** |
| **5**  **(Değişik: RG-25/08/2022- 31934/59-c md. Yürürlük: 03/09/2022)** | Levfoloksasin Parenteral | **A 72, EHU** |
| **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~~** |
| **12**  **(Değişik: RG-25/08/2022- 31934/59-c md. Yürürlük: 03/09/2022)** | Moxifloksasin Parenteral | **A 72, EHU** |
| **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 | **(Mülga: RG-25/08/2022-31934/59-ç md. Yürürlük: 03/09/2022)**  **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**  **(Değişik: RG-25/08/2022- 31934/59-ç md. Yürürlük: 03/09/2022)** | Kolistin ve Türevleri | **EHU** |
| **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~~** |
| **~~1~~**  **~~(Değişik: RG-25/08/2022- 31934/59-d md. Yürürlük: 03/09/2022)~~** | ~~Fusidik Asit ve Tuzları~~ | **~~UH-P~~** |
| **1 (Değişik: RG-25/03/2025- 32852/25-b md. Yürürlük: 04/04/2025)** | 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 (solusyon 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.)~~ |
| **7 (Değişik:RG-25/03/2025- 32852/ 25-c md. Yürürlük: 04/04/2025)** | Ketokonazol | **KY** (Şampuan formlarının yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından veya ara verilmeksizin sadece 3 aylık süre içinde en fazla ayda 1 kutu olacak şekilde aile hekimlerince reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.) |
| **8** | Lipid Komplex 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** | Varicanazole | 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.~~ |
| **21**  **(Değişik: RG-25/11/2025- 33088/ 20-a md. Yürürlük: 03/12/2025)** | Siklopiroks olamin şampuan formları | Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından veya ara verilmeksizin sadece 3 aylık süre içinde en fazla ayda 1 kutu olacak şekilde aile hekimlerince reçetelendirilmesi 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~~** | ~~Zalsitabin~~ | **~~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 yanıtsızlık [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-c md. Yürürlük:11/05/2013~~** |
| **~~15~~** | ~~Dolutegravir~~ **~~(EK: RG-18/02/2015-29271/28md. Yürürlük: 28/02/2015)~~** | ~~EHU;~~  ~~HIV-1 ile enfekte ve integraz sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda;~~  ~~HIV-1 ile enfekte ve integraz 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 yanıtsızlık [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. |
| **14**  **(Değişik: RG-05/08/2015-29436/39-a md. Yürürlük: 13/08//2015)** | Raltegravir | ~~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. |
| **~~15~~**  **~~(Değişik: RG-07/10/2016-29850 /52-c md. Yürürlük: 15/10/2016)~~** | ~~Dolutegravir~~ | ~~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 integraz sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda;~~  ~~HIV-1 ile enfekte ve integraz 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 integraz sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda;~~  ~~HIV-1 ile enfekte ve integraz 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 integraz sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda  kullanılır.~~ |
| **15**  **(Değişik:RG- 28/12/2018-30639/ 42-a md. Yürürlük: 08/01/2019)** | Dolutegravir | 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.  Yetişkinlerde 50 mg formu;  HIV-1 ile enfekte ve integraz sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda;  HIV-1 ile enfekte ve integraz 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 integraz sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.  6 yaş üzerindeki, HIV ile enfekte ve integraz sınıfına dirençli olmayan çocuklar ve adölesanlarda;  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.  HIV ile enfekte ve integraz 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. |
| **16** | Tenofovir disoproksil fumarat + 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. |
| **17**  **(Ek: RG-18/01/2016-29597/26 md 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 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. |
| **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. |
| **22**  **(Ek: RG- 25/03/2025- 32852/ 25-ç md. Yürürlük: 04/04/2025)** | Doravirin+ lamivudin+ tenofovir disoproksil fumarat | (1) Geçmişte veya halihazırda Non-Nükleozid Revers Transkriptaz İnhibitörü (NNRTİ) sınıfına, lamivudine veya tenofovire direnç kanıtları bulunmayan HIV-1 enfeksiyonlu yetişkinlerin tedavisinde 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. |
| **23**  **(Ek: RG- 25/11/2025-33088/ 20-b md. Yürürlük: 03/12/2025)** | Dolutegravir + lamivudin | (1) İntegraz inhibitörü sınıfına veya lamivudine karşı bilinen veya şüphelenilen direnci olmayan, yetişkinlerde ve en az 40 kg ağırlığında 12 yaşından büyük adolesanlarda İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü tip1 (HIV-1) enfeksiyonunun tedavisinde 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 (Ek: RG-25/08/2022-31934/59-e md. Yürürlük:03/09/2022)** (Yalnızca influenza ve avianinfluenza profilaksisi ve tedavisinde bedelleri Kurumca karşılanır.) |
| **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~~** ~~1yıl~~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 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 hekimi 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 Bakanlığından 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 karşılanır. Endikasyon dışı onay tarihi ve süresi uzman hekim raporunda belirtilir. |
| **18**  **(Ek: RG-21/04/2022- 31816/11-a md. Yürürlük: 29/04/2022)** | Foskarnet | AIDS'li hastalarda sitomegalovirüs (CMV) retinitinin indüksiyon ve idame tedavisinde veya bağışıklığı baskılanmış hastalarda klinik olarak asiklovire cevap vermeyen [Asiklovir etkisizliğinin teşhisi, ya klinik olarak intravenöz asiklovir ile (günde 3 defa 5-10 mg / kg dozda) yanıt olmadan 10 gün süreyle tedavi edilerek ya da in vitro testlerle yapılabilir.] mukokutanöz Herpes Simpleks Virüs (HSV) enfeksiyonlarının tedavisinde yatan hastalarda en fazla 3 ay süreli enfeksiyon veya göz hastalıkları uzman hekim raporuna istinaden enfeksiyon veya göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. |
| **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 karşılanır.)~~ |
| **2**  **(Değişik: RG-28/04/2021-31468/27-b md. Yürürlük:06/05/2021)** | Glukagon | Glukagonun; yalnızca insülin kullanan hastalarda günlük en fazla 1 mg dozunda kullanılması ve iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. Günlük 1 mg dozun üzerinde kullanılması gereken durumlarda; iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden en fazla 1 aylık dozda tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. |
| **~~3~~** | ~~Alfuzosin, Tamsulosin, Terazosin, Serenoa repens standardize lipofilik ekstre, Doksazosin, Silodosin (Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda)~~ | **~~UH-P~~** |
| **3**  **(Değişik: RG-28/04/2021-31468/ 27-b md. Yürürlük:06/05/2021)** | Alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doksazosin, silodosin | Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doksazosin, silodosin etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. Hipertansiyonun eşlik ettiği benign prostat hiperplazisi endikasyonunda kombine kullanılmaması koşulu aranmaz. |
| **~~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.~~ |
| **4**  **(Değişik: RG-28/04/2021-31468/ 27-b md. Yürürlük:06/05/2021)** | Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil) | Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil) etken maddeli ilaçların kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz. |
| **4.1**  **(Ek: RG-28/04/2021-31468/ 27-b md. Yürürlük:06/05/2021)** | Serenoa repens standardize lipofilik ekstre | Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir. Alfuzosin, tamsulosin, terazosin, doksazosin, silodosin, finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil) etken maddeli ilaçlar ile kombine kullanılması halinde Kurumca bedelleri karşılanmaz. |
| **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](unsaved://ThtmlViewer.htm/%5b1%5d27|711|0|1)+[extractum cepae](unsaved://ThtmlViewer.htm/%5b1%5d27|3393|3|2) 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** | Doksofilin (kombinasyonları dahil) | Göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. |
| **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 kullanım raporuna istinaden tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.~~** |
| **14** | Ranitidin Bizmut Sitrat | **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~~ |
| **17 (Değişik: RG-25/03/2025- 32852/ 25-d md. Yürürlük: 04/04/2025)** | Eritromisin+Isotretinoin / Eritromisin+Tretionin / Eritromisin+ Benzoilperoksit (Topik formları dahil)/Klindamisin+Benzoilperoksit | Sadece cilt hastalıkları uzman hekimlerince veya aile hekimlerince ara verilmeksizin sadece 3 aylık süre içinde reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. |
| **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 ayrıcadaha önce Amoksisilin/Proton pompa inhibitorü/ 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 nösistisarkosis hastalığı” endikasyonlarında ödenir. |
| **~~22~~** | ~~Rifaksimin (~~**~~(Değişik:RG-16/03/2023-32134/45-a md. Yürürlük: 24/03/2023)~~** ~~Yalnızca 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 proflaksisi endikasyonlarında)~~ | **~~UH-P~~** |
| **22**  **(Değişik: RG-** **09/05/2024- 32541/ 21-a md. Yürürlük: 17/05/2024)** | Rifaksimin yalnızca;  **200 mg tablet için;** akut gastrointestinal enfeksiyon, hiperamonemi tedavisinde ko-adjuvant olarak, diyare baskın irritabl bağırsak sendromu tedavisinde  **550 mg tablet için;** 18 yaş ve üzerindeki hastalarda aşikar (overt) hepatik ensefalopati epizodlarının tekrarının azaltılmasında. | **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 **(Ek: RG-30/12/2020-31350/18 md. Yürürlük: 08/01/2021)** veya kadın hastalıkları ve doğum **(Ek: RG-21/04/2022-31816/ 11-b md.Yürürlük:29/04/2022)** veya iç hastalıkları 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 saşe 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. |
| **29.1**  **(Ek: RG-16/03/2023-32134/45-bmd. Yürürlük:24/03/2023)** | Meklizin dihidroklorür monohidrat + Pridoksin hidroklorür | Yalnızca; gebelikte, operasyonlardan sonra, röntgen çekilmesinin ardından mide bulantısı ve kusmanın giderilmesinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. |
| **~~30~~**  **~~(Ek: RG-28/12/2018 -30639/ 42-c md. Yürürlük: 08/01/2019)~~**  **(Mülga: RG-26/10/2021-31640/ 13md. Yürürlük:04/11/2021)** | ~~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. |
| **32**  **(Ek: RG-19/10/2023-32344/17 md. Yürürlük:27/10/2023)** | Vitamin B6 (Parenteral mono formda piridoksin hidroklorür) | Yalnızca; B6 vitamini eksikliği bulunan hastalarda, idiyopatik sideroblastik anemi durumlarında veya izoniazid kaynaklı periferik nörit durumlarında uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır. |
| **33**  **(Ek: RG- 09/05/2024- 32541/21-b md. Yürürlük:17/05/2024)** | İvermektin | 1-İntestinal strongiloidiyaz (anguillulosis) tedavisinde veya Wuchereria bancrofti'ye bağlı lenfatik filariasisi olan hastalarda şüpheli ya da tanısı konmuş mikrofilaremi tedavisinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde,  2- Önceki tedavinin (topikal tedavi) başarısız olduğu ve uyuz tanısının klinik olarak veya parazitolojik inceleme ile doğrulandığının reçete açıklama kısmında belirtilen insan sarkoptik uyuzunun tedavisinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji veya dermatoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.  **(Ek: RG- 02/11/2024-32710/29-b md. Yürürlük: 09/11/2024)**  3- Kısa Ürün Bilgisinde (KÜB) yer alan pozolojisini aşmayacak dozda reçetelenecektir. |

**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.

**(Mülga: RG- 25/08/2022- 31934/ 59-f md. Yürürlük: 03/09/2022)**

**~~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 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 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.