

SPİNAL

ve

PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ

www.spineturk.org



BAŞKANIN MESAJI

EDITÖRDEN

MAKALE ÇEVİRİLERİ

Perkütan Vertebroplasti Sonrası Sonraki Vertebra Kırığı İçin Prediktif Faktörler

TARTIŞMA PANELİ

SERBEST KÜRSÜ

TOPLANTILARDAN İZLENİMLER

Spondilolistezis paneli

HUKUK KÖŞESİ

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ

Omurga Ameliyatlarında İmplant Yerleştirme Bilgilendirme Formu

TOPLANTI TAKVİMİ



TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU BÜLTENİ
NİSAN 2011 / Sayı 51



TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU
BÜLTENİ
NİSAN 2011 • SAYI 51

TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ
SPİNAL VE PERİFERİK SİNİR CERRAHİSİ
ÖĞRETİM VE EĞİTİM GRUBU
YÖNETİM KURULU

Dr. Alparslan Şenel

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Beyin Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun
asene@omu.edu.tr

Dr. Süleyman Çaylı

İnönü Üniversitesi
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Malatya
srcayli@inonu.edu.tr

Dr. Sedat Dalbayrak

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
1. Nöroşirürji Kliniği, Kartal / İstanbul
sedatdalbayrak@gmail.com

Dr. Cüneyt Temiz

Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Manisa
temiz2@tr.net

Dr. Ali Arslantaş

Osman Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Eskişehir

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Cüneyt Temiz
Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Nöroşirürji Anabilim Dalı, Manisa
temiz2@tr.net
www.spinetr.org

KAPAK RESMİ

“Sakrokoksigeal Kordoma”

Yazıların içeriğinden yazarlar sorumludur.

TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ

Taşkent Caddesi 13/4 06500 Bahçelievler, Ankara
Tel: 0312 212 64 08 Faks: 0312 215 46 26
E-mail: info@turknoirosirurji.org.tr
Web: www.turknoirosirurji.org.tr

Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri
Tel: (312) 222 44 06, ANKARA
www.bulustasarim.com.tr

İçindekiler

Başkanın Mesajı.....	3
Editörden.....	4
Makale Çevirileri.....	5
Tartışma Paneli.....	10
Serbest Kürsü	14
Toplantılardan İzlenimler	16
Hukuk Köşesi.....	18
Toplantı Takvimi	51

başkanın mesajı

1

başkanın mesajı

Dr. Alparslan Şenel



Değerli meslekdaşlarım,

Spinal cerrahi gurubunun Türk Nöroşirürji Derneği an kongresine katılımı ve gurubumuzun düzenlediği II. dönem yaz okulu hazırlık çalışmaları devam etmektedir.

TNDer kongresi için derneğimizden kongrede görüşülmesi istenen konu listeleri ve konferans önerileri bildirildi. Programın düzenlenmesi dernek yönetim kurulunca yapılmaktadır.

Yaz okulu daha önceki yıllarda olduğu gibi tek sponsorlu olarak yapılamayacaktır. Bunun nedeni firmaların içinde bulunduğu ekonomik sıkıntılardır. Doğal olarak bu durum bizim toplantı programlarımızı etkilemektedir. Bu yıl ilk defa yaz okulu üç sponsorlu olarak yapılacaktır. Ayrıca ekonomik maliyetleri düşürmek amacıyla toplantı planlanan tesislerin maliyetini düşürmek amacıyla program Pazar günü girişli olarak planlanmak zorunda kalmıştır. Şimdilik bu zorlu şartlarda da olsa toplantılarımızı planlayabildik. Ancak önümüzdeki yıllarda bu sıkıntıların bizim eğitim programlarımızı nasıl etkileyeceğini bilemiyorum.

Yaz okulunun ikinci dönem toplantısı Sapanca Güral Otelde 3-6 Temmuz tarihleri arasında yapılacaktır. Yaz okulu birinci dönem kursunda anatomi ve temel prensipler konularında yoğun teorik bilgi verilmesi planlanmıştır. Yaz okulunun ikinci aşaması olan bu dönem ise dejeneratif, travma, enfeksiyon, tümör gibi patolojiler hakkında bilgi verilecektir. Ayrıca bu dönemde farklı olarak temel spinal enstrümantasyon çalışmaları eklenmiştir. Bu çalıştaylarda spinal cerrahi uygulamaları hakkında teknik bilgiler verilecek, olgu seçimi ve endikasyonlarla ilgili tartışmalar ve maket üzerinde teknik uygulamalar yapılacaktır. Bu amaçla değişik firmaların setleri ve bütün omurgaları içeren maketler hazırlandı. Kursun sonunda bir eğitim dönemini tamamlayıp bitirmiş olmayı planlıyoruz.

Yaz Okulu II. Kurs'da hedef kitle daha önce de olduğu gibi 3. Yılı bitirmiş asistanlar ve en fazla beş yıllık uzmanlardır. Katılımcı sayısı 60 kişi ile sınırlandırılmıştır

Yaz Okulu I. Kursun katılımcıları, Yaz Okulu II. Kursa öncelikli olarak kabul edilecek ve bu iki kursa katılım ortak belgelendirilecektir.

Bilimsel açıdan doyurucu geçeceğine inandığımız 2,5 gün sürecek bu kursta hastalıklara yönelik tedavi algoritmaları tartışılacak ve maketler üzerinde tüm spinal seviyeleri içeren uygulama olanağı sağlanarak katılımcıların kursa aktif katılımı sağlanacaktır.

Sizleri bu kursa davet etmekten onur duyuyoruz.

Daha güzel günlerde birlikte olmak dileğiyle.

Prof. Dr. Alparslan Şenel

Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi

Öğretim ve Eğitim Grubu Yönetim Kurulu Başkanı

editörden 2

editörden

Dr. Cüneyt Temiz



Değerli meslekdaşlarım,

Yeniden, yeni bir bültenle karşınızdayız.

Bu sayımızda makale çevirilerinde, ilginizi çekeceğini düşündüğümüz bir makaleyi sunuyoruz. Çeviren Dr. Güven Çıtak.

Olgu sunumu köşemizde Dr. Serdar Işık'ın sunduğu ilginç olguyu ve yorumlarını okuyabilirsiniz.

Toplantılardan izlenimler köşemizde ise Ordu' da yapılan spondilolistezisler paneli var.

Spinal hukuk köşesinde, Dr. Bülent Çelik'in hazırladığı örnek bir omurga stabilizasyonu onam formu var. Benim çok beğendiğim bu form, umarım sizlere de bir fikir verebilir.

Her zaman olduğu gibi son sayfalarda spinal toplantı takvimini bulabilirsiniz.

Sevgi ve saygılarımla

Doç. Dr. Cüneyt Temiz

Perkütan Vertebroplasti Sonrası Sonraki Vertebra Kırığı İçin Prediktif Faktörler

J Neurosurg Spine 9:129–136, 2008
Yong Ahn, M.D., June Ho Lee, M.D., Ho-Yeon Lee, M.D., Ph.D.,
Sang-Ho Lee, M.D., Ph.D., and Sang-Hyun Keem, M.D.

Department of Neurosurgery, Wooridul Spine Hospital, Seoul, Korea

Amaç

Bu çalışmanın amacı, komşu düzeylerde (bitişik, bitişik olmayan düzeylerde) Perkütan vertebroplasti (PVP) sonrası ortaya çıkan yeni vertebra kırığı için prediktif faktörleri değerlendirmektir.

Yöntemler

PVP ile Ocak 2000 ve Aralık 2002 tarihleri arasında tedavi edilen 508 ardışık hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. PVP yapılan 45 hastada 49 ağırlı vertebra kırığının klinik ve radyolojik bulgular tespit edilmiştir. Daha önce vertebroplasti yapılan vertebraanın 3 üstü ve üç altı vertebra çalışmanın hedefi olmuştur. Hastalar bu çalışmada üç gruba ayrıldı. Bitişik seviye kırığı olan grup, bitişik seviye harici kırığı olan grup, yeni bir kırık delili olmayan rastgele seçilmiş 50 kişilik hasta grubu. Klinik, görüntüleme ve işleme bağlı faktörler her grup için istatistiksel olarak analiz edildi.

Sonuçlar

31 hasta 35 bitişik düzey kırığı olarak sınıflandırıldı ve 14 hasta 14 bitişik olmayan kırık olarak sınıflandırıldı. Vertebra plastisi izleyen günlerde PVP sonrası gelişen kırık grubunun ağrı ve hasta memnuniyet düzeyi kontrol grubu ile benzer özellikteydi. Komşu kırıkları içeren durumlarda, daha düşük vücut kitle indeksi ve

disk içi çimento kaçağı yeni kırık için önemli bir belirleyici faktör olmuştur.

Yazarların sonuçlarına göre, Bitişik olan veya olmayan vertebra kırığı mekanizmaları farklıdır. Dinamik bir çekiç etkisi (segmental hareketliliği fark), bitişik olmayan bir kırığa yol açabilirken, doğrudan etki (yani, çimento doldurma ile oluşan direnç), bir komşu düzey kırığı uyarabilir.

GİRİŞ

Perkütan vertebroplasti çeşitli vertebral kompresyon kırıklarının tedavisinde etkin bir yöntemdir. Ancak sonrasında yeni bir vertebra kırığı ve PVP ye bağlı vertebra kırığı nadir değildir. Ve ek bir vertebroplasti gerekebilir. Vertebroplasti çeşitli vertebral kompresyon kırıkları için etkili bir yöntem ve seçenek olarak kabul edilmiştir. Sonraki vertebra kırığı insidansının literature göre % 12 ila % 52, 17,25,28,29 değiştiği rapor edilmiştir.

Vertebroplastinin kendisinin sonraki omurga kırıklarının nedeni olup olmadığı belirsizdir.

Vertebroplasti sonrası yeni bir kırık pek çok yazar tarafından bildirilmiş olmasına rağmen, hastalığın doğal bir seyir olarak yeni bir kırık ile ilerleyebileceğini bildiren çalışmalarda vardır.

PVP sonrası kırık oluşumunu önlemek ve azaltmak için, sonraki kırık için risk faktörlerinin bilinmesi gereklidir.

Bazı biyomekanik ve klinik çalışmalar komşu düzey vertebra kırık mekanizması ve etken faktörleri göstermiştir.

Bu çalışmaların yazarları stres-yükseltici etki olarak disk içi çimento kaçağı veya maksimum doldurmanın prediktif faktör olduğunu düşünmektedirler.

YÖNTEMLER

Araştırma Tasarımı ve Hasta Seçimi

Ocak 2000 - Aralık 2002 arasında hastanemizde PVP geçirmiş tüm hastaları belirlemek için bilgisayar destekli veri tabanını inceledik. Akut veya subakut osteoporotik vertebra kompresyon kırıkları tek patolojik kriterdi. Travmatik kırıkları veya malignite içeren durumları bu çalışmanın dışında tutulmuştur. 508 ardışık tedavi edilen hastaların tıbbi kayıtları geriye dönük olarak incelendi.

Yeni kırık dahil edilme kriterleri; 1) ilk vertebroplasti sonrası ağrının geçmesi ve belli süre sonrası tekrar başlaması. 2) MR görüntüleme ve radyografilerde daha önce tedavi seviyesi altında veya üstünde 3 ardışık vertebra düzeyinde yeni kırık olması 3) Ek vertebroplasti sonrası yeni kırığa bağlı belirtiler.

Ağrısız, küçük bir kırık ve / veya aynı segment kırık içeren olgular çalışma dışı bırakıldı.

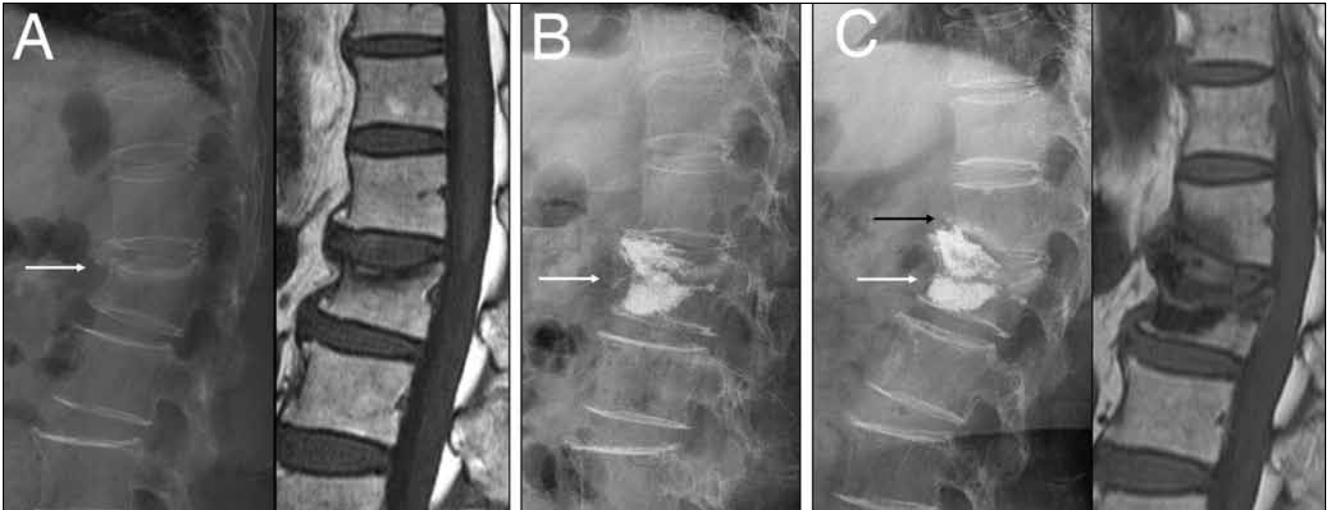
Komşu seviye kırıkları ile (Şekil 1), bitişik olmayan düzey kırıkları (Şekil 2) ve kontrol grubu oluşturan hastalar 3 gruba ayrıldı.

Cerrahi Yöntem

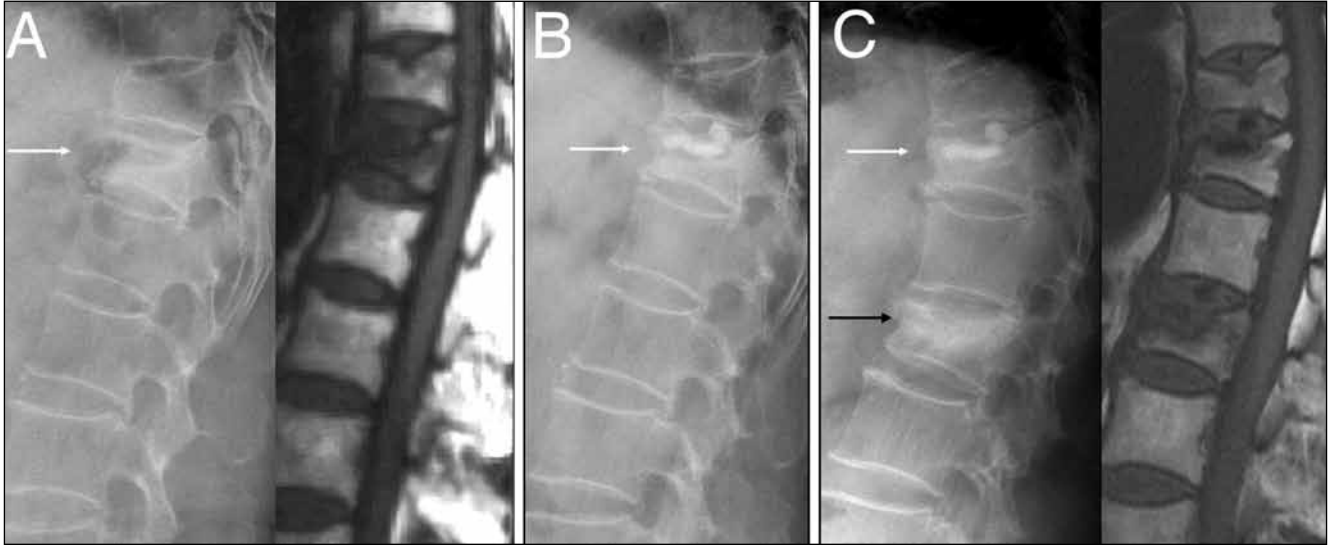
PVP Hasta radyolüsent masaya eğilimli yerleştirildi Jensen ve al. 14 tarafından açıklanan tekniği kullanılarak yapıldı. Floroskopi rehberliğinde uni-veya bilateral transpediküler yaklaşım 11-gauge bir kemik biyopsi iğnesi (Hyun Tıp) ile yapıldı. İdeal bir iğne yerleştirilmesi, omurganın 1/3 ön kısmı hedeflenerek yapıldı. PMMA (Simplex P; Stryker Howmedica), baryum sülfat tozu (Biotrace, Bryan) ve tobramisin ile karıştırıldı. Floroskopi rehberliğinde 1 ml şırınga kullanarak karışık kemik çimentosu enjekte edildi.

Karşılaştırma Parametreleri

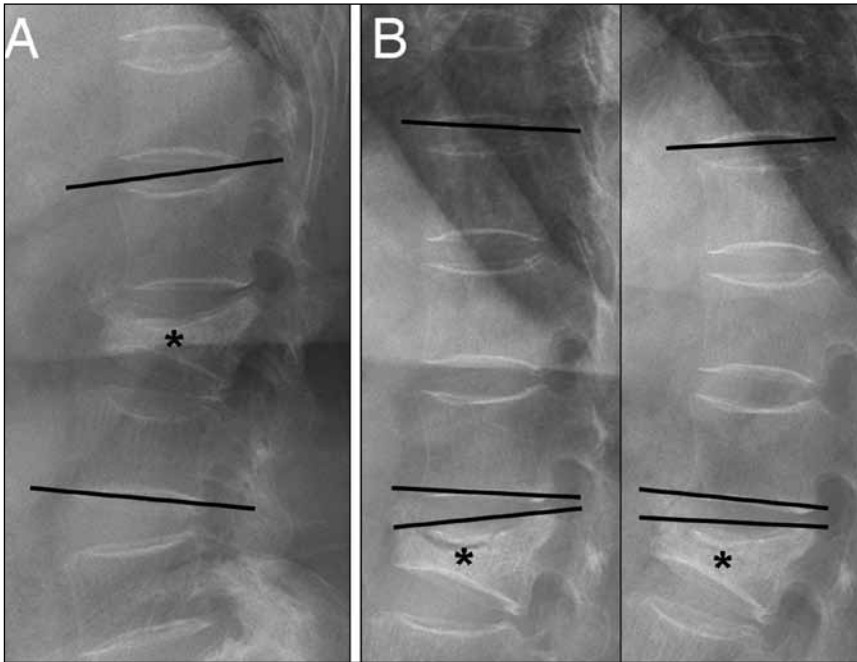
Yaş gibi parametrelere ilişkin veriler, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı, VKI (vücut kemik indeksi), ve KMY (kemik mineral yoğunluğu) klinik kayıtları elde edildi. Lomber omurga kemik yoğunluğu ve femur kemik yoğunluğu gibi dual-enerji x-ray absorptiometry, Spinal geometrik özellikleri ile ölçüldü. Kırığın yeri, kırığın tipi, yerel kifoz, ve sagittal plane ROM (ROM = range of motion) (Şekil 3) preoperatif radyografiler kullanılarak ölçüldü.



Şekil 1: Radyografik L-2 vertebra çökme kırığı olan 68 yaşındaki kadın ilk PVP sonrası bir komşu segment kırığı MR görüntüleme. A) L-2 çökme kırığı gösteren Prevertebroplasty görüntü (beyaz ok). B) L-2 vertebroplasti disk içi çimento kaçak gösteren hemen sonra edinilmiş sağlam komşu vertebra (beyaz ok). C) Görüntüler vertebroplasti den 4 hafta sonra elde edilen L-1 yeni sıkıştırma kırığı (beyaz ok) (siyah ok).



Şekil 2: Radyografik ve MRG T-12 vertebra çökme kırığı olan 63 yaşındaki kadın ilk PVP 'den sonra bitişik olmayan-segment kırığı gösteren MR bulguları. A) T-12 çökme kırığı gösteren Prevertebroplasty görüntü (beyaz ok). B) Radyografi T-12 vertebroplasti hemen sonra elde edilen sağlam komşu vertebra (beyaz ok). C) vertebroplastiden sonra 8 .hafta elde edilen (beyaz ok), L-2 vertebra çökme kırığı (siyah ok).



Şekil 3: Röntgen filmi yerel kifoz ve segmental ROM tanımlamak için kullanılır. A) Kırık vertebra (yıldız) Yerel kifoz ayakta lateral grafisinde Cobb yöntemi kullanılarak ölçüldü. Cobb açısı üst vertebra (üst çizgi) üstün uç plakası ve alt vertebra (alt çizgi) alt uç plakası arasında ölçüldü. B) Segmental kırık vertebra (yıldız) etrafında ROM. Fleksiyon / ekstansiyon yan radyografiler ölçüldü. Bitişik ROM, kırık vertebra uç plakası (alt çizgi) ve komşu vertebra (orta çizgi) uç plakası arasındaki sagittal düzlemde dönme açısı olarak tanımlanmıştır.

Kifoz kırık vertebra üzerindeki vertebra düzeyinde üstün uç plakasına paralel çizilerek ve kırık vertebra altındaki vertebra alt seviyesinin alt uç plakası arasındaki açı olarak tanımlanmıştır. Fleksiyon / ekstansiyon lateral grafisinde sagittal plane ROM segmental hareketliliği değerlendirmek için ölçüldü. Bitişik ROM kırık vertebra ve komşu

vertebra arasındaki sagittal plane dönüş açısı olarak kabul edildi. İşlemle ilgili parametreleri de analiz edildi.

TARTIŞMA

Vertebroplasti, ağırlı osteoporotik çökme kırığı olan hastalar için yaygın olarak minimal invaziv bir

tedavi yöntemi olarak kabul edilir, ancak sonrasında ek bir osteoporatik kırığa bağlı yeni bir ameliyat gerekebilir. İkincil kırıkların oluşmasındaki İlk soru vertebroplastinin kendisinin sonraki kırıklara neden olup olmadığıdır.

Bazı yazarlara göre vertebroplasti sonrası çimento doldurma ve artmış fiziksel aktivitenin yeni kırıkta rol oynadığını bildirmişlerdi. Ancak, bitişik olmayan vertebra kırığı için hiçbir kural yoktur.

Genel olarak, düşük VKİ (vücut kitle indeksi) ve vücut ağırlığı düşük olan hastalarda, omurga veya kalçanın, 9,11,26 tekrarlayan kırıklarının riski yüksektir.

Çalışmamızda tek değişkenli analiz sonucunda, VKİ ve vücut ağırlığı, işlem sonrası vertebra kırığını etkileyen en önemli faktörler olarak bulundu.

Osteoporoz derecesi sonraki kırığın, 21,24 potansiyel bir belirleyicisi olabilir ama bizim çalışma popülasyonumuzun ortalama KMY (kemik mineral yoğunluğu) da hiçbir grup da fark yoktu. Sonuçlarına göre, biz de VKİ'nin KMY göre daha sonraki vertebra kırığı açısından daha iyi bir gösterge olduğu kanaatindeyiz.

Bizim çalışmamızda, segmental hareketlilik özellikleri gruplar arasında farklıydı. Komşu segment ortalama

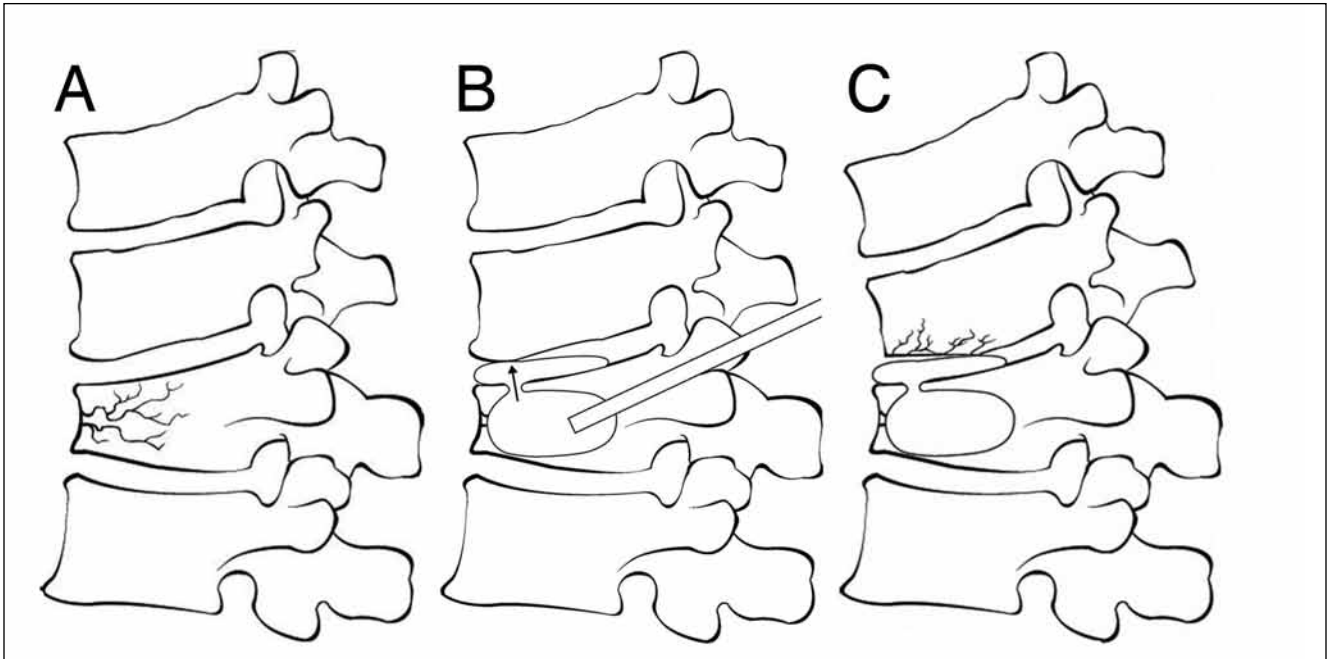
bağlı hareketlilik bitişik olmayan-düzey kırığı olan hastalarda anlamlı olarak daha düşüktü.

Komşu segmentin immobil olduğu durumlarda, yeni kırık olasılığı, komşu omurgadan çok uzak omurgada daha yüksektir. Bunun sebebi olarak da komşu segmentin nispeten sert veya daha az hareketli olmasının, vertebroplasti sonrası fiziksel aktivitenin artması ile aksel yüklenmenin daha mobil uzak segmenti etkilemesi ile açıklanabilir.

Segmental hareketlilik yanı sıra, başka bir olası faktör yerel kifoz bulunmasıdır. Ancak bizim çalışmamızda yerel kifoz ile sonraki kırık arasında ilişki bulunmadı.

Geçtiğimiz birkaç yıl içinde çimento hacmi ve çimento kaçağı konusu ile ilgili pek çok inka edici çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bizim çalışmamızda da bitişik düzey kırıklarında çimento hacmi ve kaçağı etkili bulundu. Teorik olarak, büyük bir miktar çimento ile maksimum doldurma komşu vertebra stresini artırabilir ve bazen bir sonraki kemik kırığına neden olabilir.

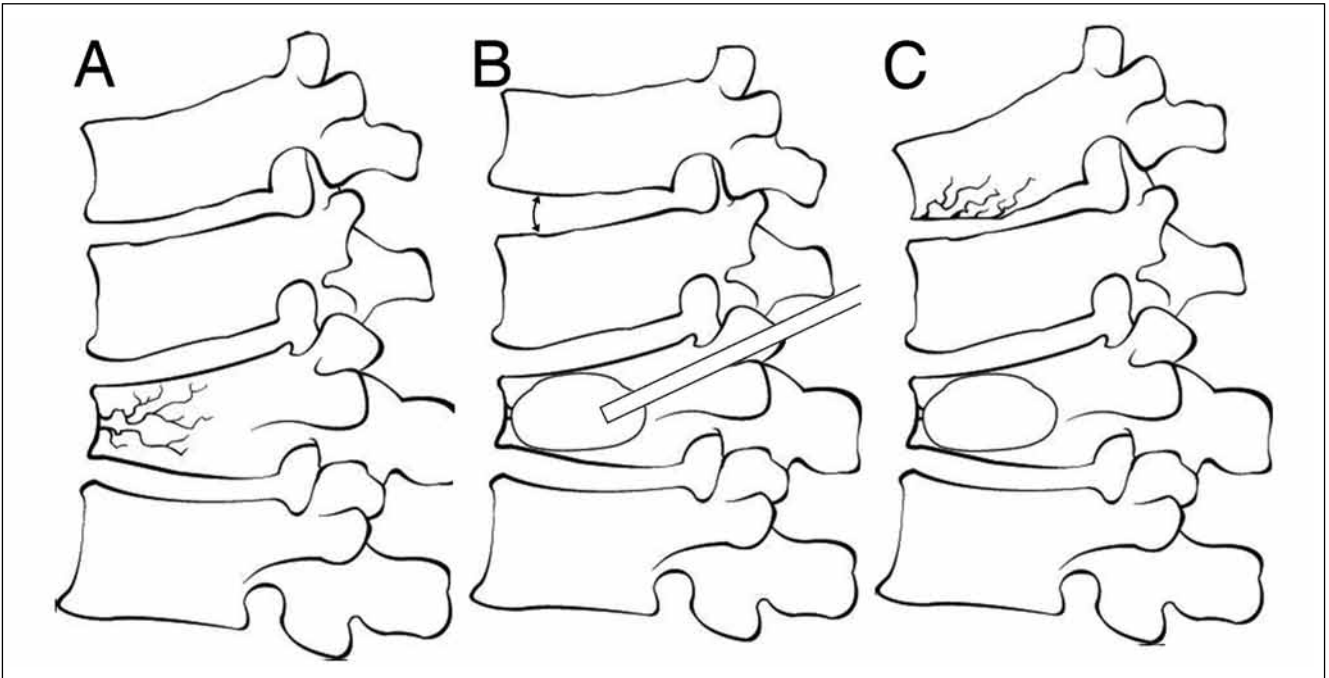
Özet olarak, Komşu kırıkları için mekanizma doğrudan etki (Şekil 4) ile açıklanabilir. Disk içi PMMA kaçağı ile bir kemik güçlendirme bitişik bir kırık için önde gelen bir nedendir. Buna karşılık,



Şekil 4: Bitişik-segment kırık mekanizmasını gösteren PVP. A) Vertebroplasti gerektiren hasarlı omur. B) Disk içi kaçak ile zayıf bir segment etkilenmesi. C) Sonuç olarak bir komşu seviyede kırık.

bitişik olmayan bir kırık mekanizması dinamik çekiç etkisi (Şekil 5) ile açıklanabilir. Komşu segment zaten sert ise, komşu segment üzerinde bir kırık oluşmayabilir. Bu durumda, vertebroplasti sonrası güçlenen kemik mobil uzak segmenti etkileyebilir. Sert bir komşu segment ve nispeten mobil uzak bir segment arasındaki hareketlilik bir sonraki kırığa neden olabilir.

Son olarak, ele alınması gereken bir soru mevcuttur. Enjekte edilen çimento malzemesi önemli olabilir. Baroud et al. yumuşak çimento malzemesi kullanımının bir sonraki vertebra kırığı önlenmesinde yararlı olabileceği düşünmektedirler. Ancak, bu çalışmada kemik çimentosu tüm hastalarda aynı tür olması nedeniyle çimento tipi etkileri değerlendirilemedi. Biz, çeşitli sertlikteki kemik çimentoları ile yapılacak bir çalışmanın gelecekte çok önemli olacağına inanıyoruz.



Şekil 5: Çizimler ilk PVP sonra bitişik olmayan-segment kırık mekanizmasını göstermektedir. A) İlk vertebroplasti gerektiren hasarlı omur. B) komşu segment sert ve daha az hareketli ise vertebroplasti yapılan segment daha mobil olan uzak segmenti etkileyebilir. C) Bu nedenle, sert bir komşu segment ve nispeten mobil uzak bir kesim arasındaki hareketlilik bir sonraki kırığa neden olabilir.

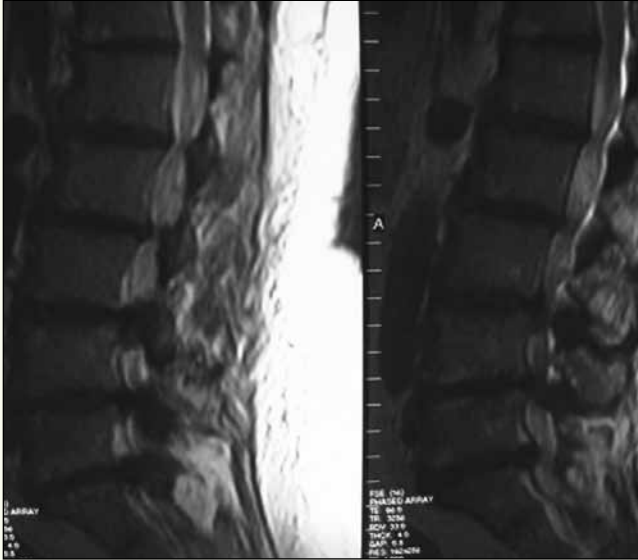
tartışma paneli 4

tartışma paneli

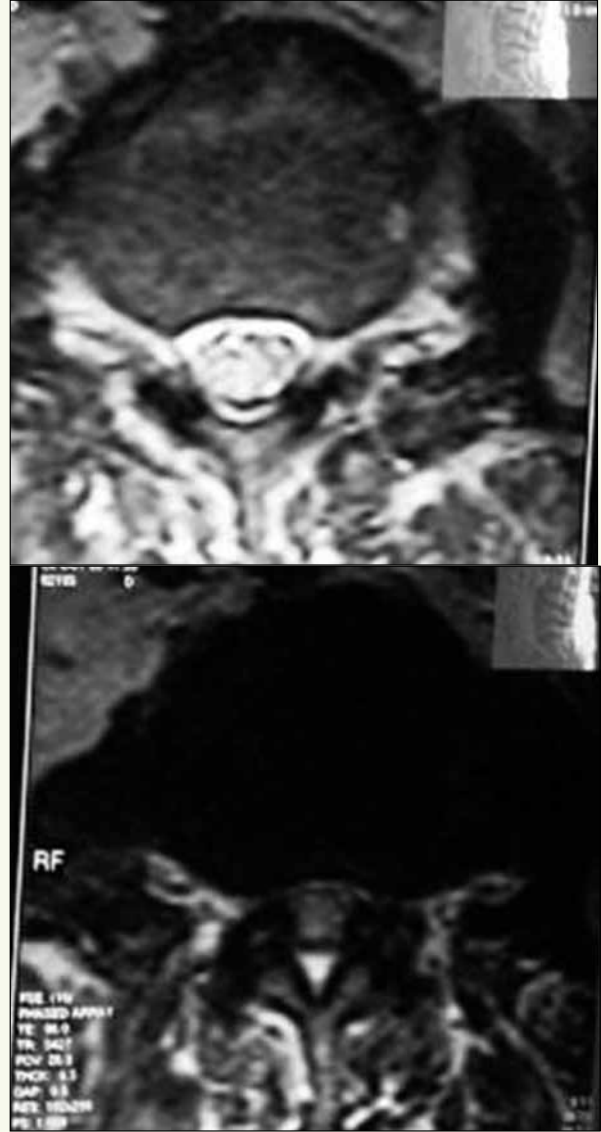
Dr. Serdar Işık

OLGU SUNUMU

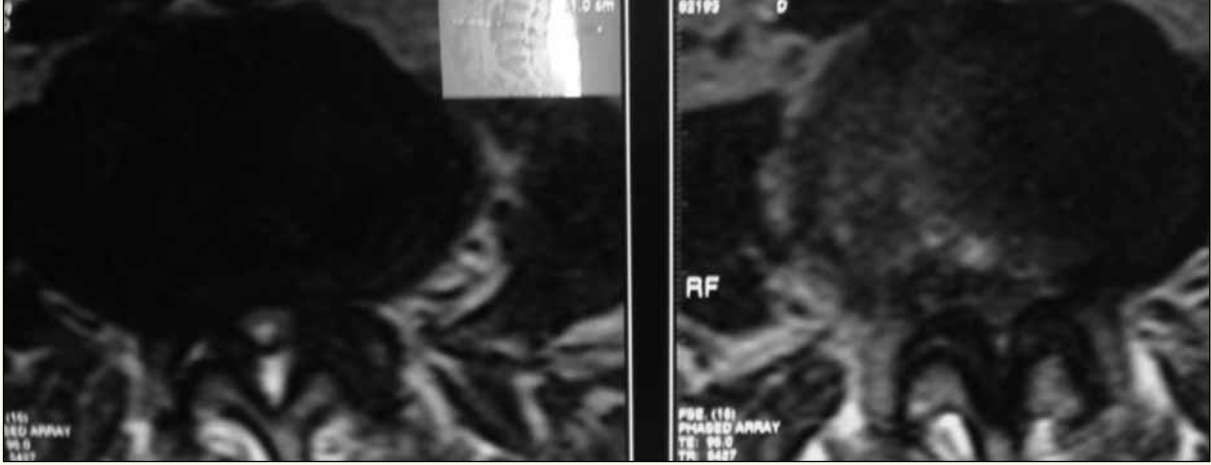
65 yaşında kadın hasta bel ve sağ tarafda belirgin her iki bacak ağrısı şikayetleri ile başvuruyor. Hastanın şikayetleri yaklaşık 3 yıldır olup son 3-4 aydır iyice şiddetlenmiş. Nörolojik muayenede; SLR bilateral 60 derecede pozitif ve sağ ayak bileği dorsal ve plantar fleksiyonlarda % 20-30 motor kayıp mevcut. Hasta 30 m. de başlayan nörojenik kladikasyon tarifliyor. Tedavi ile ilgili önerileriniz nelerdir?



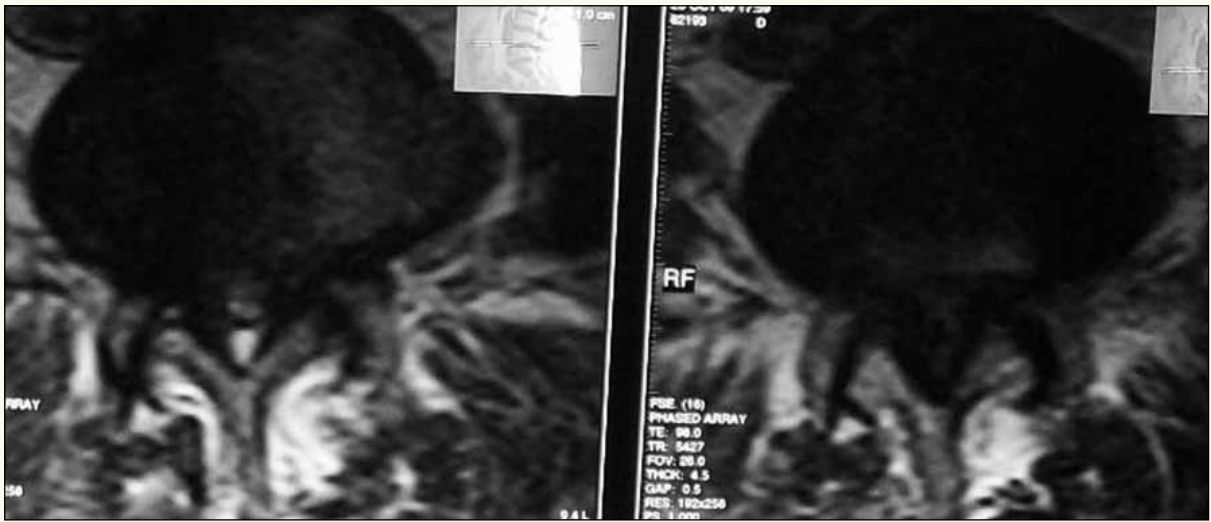
Şekil 1: Lomber MRG T2 ağırlıklı sagittal kesitleri.



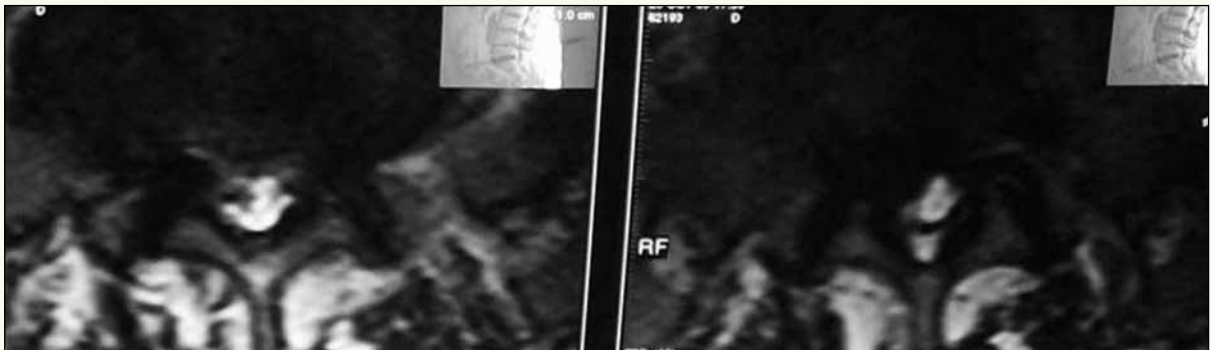
Şekil 2: L2-3 aksiyel kesitleri.



Şekil 3: L3-4 aksiyel kesitleri.



Şekil 4: L4-5 Aksiyel kesitleri.



Şekil 5: L5-S1 Aksiyel kesitleri.

Dr. Özerk OKUTAN

65 yaşında, nörolojik kayıpları ve kısa mesafede olan nörolojik kladikasyonu olan bir hasta. Hastanın L3-L4 ve L4-L5 mesafelerinde ileri derecede dar kanalı mevcut. Bu mesafelerde neredeyde tüm omurilik kanalının bloke olmasına neden olan Lig. Flavum hipertrofileri ve yine kanala ek olarak lateral reseslerin de kapanmasına neden olan bilateral faset hipertrofileri mevcut. Bu bulgularla hastaya L3 ve L4 total laminektomi ve fasetektomilerle ciddi bir dekompresyon yapar, L5-S1 seviyesinde sağdan hemiparsiyel laminektomi, diskektomi ve foraminotomi uygular ve L3-L4-L5-S1 transpediküler vidalama ve posterolateral kemik füzyonla vakayı tamamladım.

Dr. Ayşe KARATAŞ / Dr. Alaattin YURT

Hastanın yapılan direk grafileri, dinamik (hiperfleksiyon-hiperextensiyon) grafileri ve Bilgisayarlı Tomografi incelemesinde instabilite ve ilave kemik patolojinin olmadığı, lomber spinal kanalın dar ve diskin de sert disk olduğu saptanmıştır. Lomber Manyetik Görüntülemesinde L3-4 ve L4-5 ve L5-S1 seviyelerinde dar kanal görüntüsü mevcuttur. Olguya klinik bulguları ve radyolojik incelemeleri sonucunda cerrahi girişim gereklidir. Cerrahi tedavi yöntemi ise, standart dekompresif cerrahi ve bilateral foraminotomiler dir (L3, L4, L5 Total laminektomi+bilateral foraminotomiler). Ameliyat esnasında sağ L5-S1 disk mesafesi yeniden değerlendirilmelidir. Olgu da 3 mesafe geniş laminektomi olması ve ayrıca ameliyat sonrası gelişebilecek instabiliteyi de önlemek için L3-L5 posterior transpediküler enstrümantasyon ve füzyon yapılmalıdır.

Dr. Varol AYDIN

65 yaşındaki bayan hastanın semptom, nörolojik bulgu ve lomber MRG sonuçları değerlendirildiğinde lomber spinal stenoz ve sağ L5 ve sağ S1 kök basıları nedeniyle cerrahi tedavi önerirdim.

Hastanın lomber sagittal MRG kesitleri L1-2 L2-3 düzeylerinde kısmi, L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde ise ileri derecede faset ve ligamentum flavum hipertrofileri olduğu izleniyor. Ayrıca tüm disk seviyelerinde dejenerasyon, intervertebral disk yüksekliklerinde azalma ve özellikle L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde spinal kanalından daraltan herniasyon görünimleri mevcut.

Aksiyel MRG kesitlerinde de L2-3, L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde iki taraflı lig. flavum ve faset hipertrofilerinin çok belirgin olduğu ve spinal kanal lateral çapının azaldığı

görülüyor. L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde ise spinal kanalın özellikle sağ tarafta öndeki disk kaymaları nedeniyle daralmış olduğu izleniyor.

Lomber MRG'de izlenen disk kaymaları ile lig. flavum ve faset hipertrofilerine rağmen spinal kanal ön-arka çapında belirgin azalma olmadığı görülüyor. Bu nedenle hastadaki semptom ve bulguların santral spinal stenozdan çok iki taraflı lateral stenozdan kaynaklandığı düşüncesindeyim.

Hastanın mevcut tetkiklerine ek olarak özellikle dinamik lomber grafiler ve lomber BT ile de değerlendirilmesinin gerektiği kanısındayım.

Hastadaki semptom ve bulgularla lomber MRG kesitlerine dayanarak önereceğim tedavi ise L2-3, L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde iki taraflı hemiparsiyel laminektomiler, kısmi medial fasetektomiler, lig. flavumların çıkartılması ve foraminotomiler ile posterolateral dekompresyon, L3-4, L4-5 ve L5-S1 düzeylerinde ise özellikle sağ taraftan yapılacak diskektomiler ile anterior dekompresyon olacaktır.

Ameliyatta L1-2 düzeyine yönelik girişim kararı ise bu düzeyden geçen aksiyel MRG kesitlerine göre verirdim. Laminektomi ve fasetektomileri stabilizeyi bozmayacak ancak yeterli dekompresyon sağlayacak şekilde olabildiğince geniş yapar ve mutlaka lig. flavumları tamamen çıkartırdım.

Hastada spinöz çıkıntılarla supraspinöz ve interspinöz ligamentlerin korunmasının önemli olduğunu düşünüyorum, bu nedenle fasiayı iki taraflı olarak orta hattan uzak kalacak şekilde koter kullanmadan açar ve paravertebral kasları da koter kullanmadan diske ederek spuraspinöz ve interspinöz ligamentleri korurdum.

Hastada stabilizasyon uygulamayı düşünmez ve mümkün olduğunca buna gerek duymayacak düzeyde dekompresyonla yetinirdim. Hastanın yaşı, intervertebral disk yüksekliklerinin azalmış olması, çok seviye girişim uygulanacak olması ve spinal kanal darlığının kemik dokulardan bağ dokularına bağlı olması nedeniyle cerrahi olarak instabilite oluşturmaktan kaçınıldığında stabilizasyon uygulanmasına gerek kalmayacağını düşünüyorum.

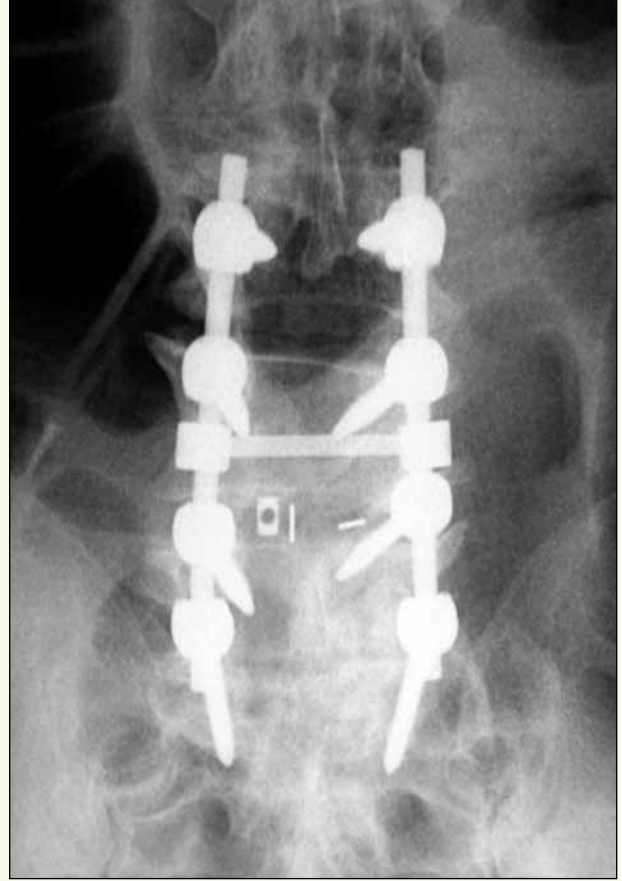
Operasyon sonrası erken dönemde lumbosakral korse, geç dönemde de paravertebral kasların güçlendirilmesine yönelik ekzersizler ile omurga stabilitesinin korunmasına destek olunmasını, instabilite gelişme olasılığına karşı da hastanın periyodik olarak dinamik lomber grafilerle izlenmesini öneririm.

Kolaylıklar ve saygılar dilerim.

HASTAYA UYGULANAN CERRAHİ

- L3 total laminektomi, sağ L3-4 diskektomi
- L4 total laminektomi, L4-5 bilateral diskektomi
- L4-5 kafes ile TLIF
- Sağ L5-S1 hemilaminektomi + foraminotomi+diskektomi

- L3, L4, L5 ve S1 bilateral pedikül vidaları ile stabilizasyon
- Posterolateral füzyon (otogreft)
- Hasta yaklaşık 2 yıldır takipte, sorun yok.



serbest
kursü 5

serbest kursü

Dr. Murat Hancı

TEŞEKKÜR



Bu satırları okurken aklınıza Osmanlı döneminden kalma şu öz deyiş gelecektir sanırım: “Mert kıpti şecaatini arz ederken sirkatini söylermiş”, yani günümüz Türkçesi ile başarılarını dile getirmeye çalışırken kabahatlerini de ortaya dökmek... Fakat artık varlığını bildiğimiz halde hiç yokmuşçasına davrandığımız, gözümüzün önünde süregiderken dağlardan serin bir tutumla bana dokunmayan yılan bin yaşasın diye göz ardı ettiğimiz gerçekler müstahak olmadığımız halde bize yol-su-elektrik olarak geri dönmekte. Suskunluğu daha ne kadar sürdüreceğiz? Yoksa aramızdan “kral çıplak” diyecek kimse çıkmayacak mı? Olayların bu hale geleceği yıllar öncesinden öylesine belliydi ki bu durumlara düşeceğimize kehanet etmek için Nostradamus olmaya gerek yoktu. Yıllar önce derneğimizin aile toplantılarında Prof. Dr. Ahmet Çolak tarafından dile getirildiğinde özellikle duayenlerin müstehzi bakışları ile anlaşılardan dinlenmişti. Naçizane tarafımdan da Orwell’in 1984 örneği gösterilerek başımıza geleceklere dikkat çekilmeye çalışıldığında yine aynı ifadeler belirmişti dinleyicilerin yüzlerinde.

Planlamasının çok uluslu sermayeye dayandığını bildiğimiz sağlık politikaları cumhuriyet tarihinin ikinci en uzun süreli sağlık bakanlığı görevini ifa eden sayın Prof. Dr. Recep Akdağ’ın liderlik görünümü arkasında zaman zaman sekteye uğrasa da etkin bir biçimde uygulanmakta, güdümlü medya desteği ile de yıldızlanarak sunulmakta ve %50’lik başarıya ulaşmakta önemli bir mediatör olmaktadır.

Değerli meslektaşlarım, hekimler, yıllar boyu süren mücadelelerle elde edilmiş haklarımız bir bir gasp edilirken sabırlı(!) bir biçimde büyük bir vakarla beklediniz. Erken öten horozun başı kesilir felsefesiyle yetiştirilen bir nesilden geldiğimiz için anlaşılabilir bir tepki bu. Gadre uğrayan kitleler mumdan heykeller gibi durdukça köpeksiz köy bulanlar değneksiz dolaşmaya devam edecekler unutmayın. Emeginiz ucuzlatılsa da istenilen boyuta gelemediği için memnun olmayan patronlar ikinci perdede ithal hekimleri devreye alınca mı mırıldanmaya başlayacaksınız, yoksa bu da mı yeterli olmayacak? Yorum sizin; *her koyun kendi bacağından asılır* fikrini temelden terk etmeyip *koyun* olmayı kabullendiğimiz sürece suyunu kirletiyoruz diye daha nicelerimiz etoburların menüsüne dahil olacak bilinmez.

Üzerimizde oynan oyunlar “lupus” gibi kronik progresif bir seyirle başarılı bir biçimde temsil edilirken, 26 Ağustos tarihinde yayınlanan ve incelikli bir deha ürünü olduğu düşünülen kanun hükmündeki kararname ile sekteye uğramıştır. Hukuku dolanmaya kalkışmanın şahı olan bu ürün istemeden bize önemli bir çıkış kapısını ardına kadar açmıştır. Şöyle ki; yıllardır itham edildiğimiz husus “hastaneye başvuran biçare hastaları muayenehanelere götürerek kötü emellerimize alet etmek” idi. Bunun için değişik ikna yöntemleri kullandığımız iddia edilmekte idi. Tamam biz hiç mi hata yapmadık? Yaptık, inanıyorum ki başka meslek gruplarından daha az yaptık. Her sepetin içinde çürük bulunur, bunu bütüne icmal etmemek gerektiği bilirse de iş hekimliğe gelince bu durum hep göz

ardı edilir oldu. Mesleki deformasyonun zirvelerinde dolaşanlar en fazla etik çılgınlıklarını atanlar değil mi?

Hasta, hastane seçmez hekimini seçer görüşünü benimsediğim için bu yeni düzenlemenin bize yarar getireceği kanısındayım. Muayene ve ameliyat yapmamız yasaklandığına göre bizi tercih eden hastalarımıza bu hizmetleri sunabileceğimiz yegane yer tu kaka edilmiş olan muayenehanelerimizdir. Yoksa haşa yasaya karşı gelip eğitim ve araştırma ile yükümlü olduğumuz kurumdaki mesaimizden çalarak hastaları tedavi etmek gibi süfli işlere mi kalkışacağız. Tababet argosunda hastayı muayenehaneye yönlendirmeye “ördekleme” denildiği hepimizin malumudur. Artık bu duruma hiç gerek kalmamış, bu durum topluca ve

kökten bir şekilde yasa ile çözümlenmiştir. Bu nedenle minnettarlığımızı(!) bildirmeliyiz.

Diğer yandan ameliyat yapmadan / yaptırmadan cerrahi eğitimi nasıl vereceğimi düşünüyorum da sanırım ana okulundaki gibi elişi kağıdına çizdiğim organları çizgiyi izleyerek kesmelerini ya da oyun hamurundan yaptığım tümörleri içine sakladığım mısır patlağı doldurulmuş çuvaldan diseke etmelerini öğreteceğim genç meslektaşlarıma...

“Duvarcının hatasını sıvacı, hekiminkini toprak örter” deyişini unutmayalım, gelecekte çokook toprak gerekecek...

Saygı ve minnet duygularıyla,

Dr. Murat Hancı

toplantılardan izlenimler 6

toplantılardan izlenimler

Dr. H. Serdar Işık

SPONDİLOLİSTEZİS PANELİ



Tipik bir İlkbahar Karadeniz gecesini. Hava hafif serin, bardaktan boşanırcasına yağın şiddetli yağmur. Samsun Hava alanında, Ankara ve İstanbul'dan gelecek konuklarımızı bekliyoruz. Bir ara yağmur şiddetini öyle artırıyor ki uçakların inip inemeyeceği konusunda bile tereddüt etmeye başlıyoruz. Zira benzer bir durum, bir önceki ulusal kongrede bizim de başımıza gelmiş, şiddetli yağmur nedeniyle Antalya yerine İzmir'e inmek zorunda kalmıştık. Neyse ki korkulan olmuyor ve önce Ankara, peşi sıra da İstanbul uçağı sıkıntısız bir şekilde inişlerini tamamlıyorlar. Toplam 5 araç konuklarımızla birlikte Ordu'ya hareket ediyoruz.

Saat 22 civarında Ordu'ya geliyor ve Üniversitemiz Sosyal Tesislerinde yaklaşık 25 civarında konuğumuz ile birlikte son derece keyifli bir sohbeti koyuluyoruz. Gece geç saatlere kadar devam eden muhabbetten sonra,

ertesi sabah başlayacak toplantımız için herkes istirahate çekiliyor.

Gece yağın yağmura inat, pırıl pırıl bir güneşe uyanıyoruz. Ordu Belde Otel'de az sonra başlayacak toplantı öncesi müthiş bir deniz manzarası eşliğinde kahvaltımızı yaptıktan sonra toplantı salonuna çıkıyoruz. Açılış konuşması, Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grup Başkanımız Prof. Dr. Alpaslan Şenel tarafından yapıldıktan sonra, sözü ev sahibi sıfatıyla ilk oturum başkanlığını yapan Doç Dr. Özerk Okutan alıyor. Dr. Okutan'ın 'hoşgeldiniz' konuşmasının ardından, oturum başlıyor. İlk oturumda, Doç. Dr. Ertuğrul Çakır, 'Spondilolistezis'te Patogenez', Yrd. Doç. Dr. Aykan Ulus 'Klinik', ve Op. Dr. Mehmet Erşahin 'Tanı ve Ayırıcı Tanı' başlıklı konuşmalarını yapıyorlar. İlk oturumun son konuşmacısı olan Yrd. Doç. Dr. İlker Solmaz'ın 'Spondilolistezis'de Sınıflama'

başlıklı konuşmasında yer alan ve aslında Nöroşirürji pratiğinde pek kullanmadığımız endikasyon ve takipte dikkat edilmesi gereken hesaplama ve sınıflamalar ile ilgili konuşması dikkatle dinleniyor.

Grup Başkanımız Prof. Dr. Alpaslan Şenel'in açılış konuşmasında, 'bu güzelliği gündüz gözüyle görebilmek için sabahı zor ettim' diye bahsettiği deniz manzarası eşliğindeki kahve arasından sonra 2. oturum başlıyor. İlk konuşmayı kendine özgü üslubu ile Prof. Dr. Murat Hancı yapıyor. Takiben Prof. Dr. Fahir Özer 'biz nöroşirürjiyenler mikro kosmos yani nöral yapıyı çok iyi biliyoruz, ancak makro kosmos yani kemik yapıyı yeterince dikkate almıyoruz' diye başladığı konuşmasında, spondilolistezisde cerrahi endikasyon ve takipte 'sagittal balans'ın önemini vaka örnekleri ve açı hesap teknikleriyle ortaya koyuyor. Toplantı sonrası görüşmemizde bu konunun çok önemli olduğunu ve 10 gün sonraki ulusal kongremizde de 'Sagittal Balans' başlıklı bir konferansı olduğunu söylüyor. İkinci oturumun 3. konuşması ise ailevi nedenlerden dolayı son anda Ordu'ya gelemeyen Prof. Dr. Sedat Çağlı yerine, grubumuz yönetim kurulu üyelerinden Doç. Dr. Cüneyt Temiz tarafından yapılıyor. Cüneyt Hoca'da Spondilolistezis'de başımıza gelebilecek komplikasyonları, yine demonstratif vaka örnekleriyle katılımcılara anlatıyor. Son konuşma ise Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Özerk Okutan tarafından yapılıyor. Dr. Okutan,

Spondilolisteziste prognoz ve prognozu etkileyen faktörler başlıklı konuşmasında ciddi bir literatür derlemesi ile birlikte ve yine çok güzel vaka örnekleri ile sunumunu tamamlıyor.

Geleneksel toplu grup fotoğrafı çekiminin ardından, tüm katılımcılar hep birlikte öğle yemeğine geçiyoruz. Yemekte, yine doyumsuz deniz manzarası eşliğinde, meşhur Karadeniz pidesi yeniyor. Yemek sonrası çay kahvelerle birlikte koyu sohbetler yapılıyor.

Öğle yemeği sonrası olgu sunumları oturumuna geçiliyor. Prof. Dr. Fahir Özer başkanlığındaki oturumda, Yrd. Doç. Dr. H. Serdar Işık, Yrd. Doç. Dr. Özgür Demir, Op. Dr. Özgür Çağlar Sayın, Dr. Eyüp Genç, Op. Dr. Murat Ayten ve Op. Dr. Onur Yaman ilginç ve hararetli tartışmalara neden olan olgular sunuyorlar. Bu şekilde saat 16:00 civarında toplantımız sonlanıyor.

Toplantı sonrası bazı katılımcılarımızı yolcu ediyoruz. Ancak kalan yaklaşık 30 civarındaki meslektaşımız ile yine Ordu Üniversitesi sosyal tesislerinde yöresel yemekler, balık ve usule uygun içecekler ile geç saatlere kadar eğleniyoruz.

Sonuç olarak, 9 Nisan 2011 tarihinde, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalı evsahipliğinde, 54 katılımcı ile gerçekleşen Spondilolistezis paneli hem sosyal hem de bilimsel açıdan son derece verimli bir toplantı olarak zihinlerdeki yerini alıyor.



SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ

MADDE 1- 25/3/2010 tarihli ve 27532 sayılı 1. Mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği” nin (SUT) “Katılım Payı Alınmayacak Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler” başlıklı (3.2.5) numaralı maddesinin dokuzuncu fıkrasındaki “3.2.3.B numaralı maddede” ibaresi “3.2.3 numaralı maddesinin (1) numaralı fıkrasında” olarak değiştirilmiştir.

MADDE 2- SUT’ un “İlave Ücret Alınmayacak Kişiler” başlıklı 3.3.2 maddesinde aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

- Birinci fıkrada yer alan “Kurumla sözleşmeli” ibaresi madde metninden çıkarılmıştır.
- Birinci fıkranın (c) bendinde yer alan “ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden” ibaresi bent metninden çıkarılarak aynı maddenin birinci fıkrasının son cümlesinde yer alan “otelcilik” ibaresinden önce gelmek üzere eklenmiştir.

MADDE 3- SUT’un “Günübirlik tedavi” başlıklı 4.1.2.B maddesinin birinci fıkrasına aşağıdaki bentler eklenmiştir.

- 15/2/2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” eki “Tıp Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi” nde yer alan işlemler,
- Sağlık Bakanlığınca yayımlanan ve 1 Şubat 2010 tarihli ve 3895 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge” doğrultusunda Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucuları bünyesinde oluşturulan evde bakım hizmeti vermek üzere kurulmuş olan birimlerce verilen sağlık hizmetleri.”

MADDE 4- SUT’un “Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmeti sunucularında fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları” başlıklı 4.5.4.F-3. numaralı maddesinin birinci fıkrasının (ç) bendi madde metninden çıkarılmıştır.

MADDE 5- SUT’ un “Subkutan/İntramuscular Metotreksat, Leflunomid, Altın Preparatları, Anti-TNF İlaçlar ve Rituksimab (Romatoid Artritte) Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.1 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

- “Subkutan/intramuscular metotreksat” başlıklı 6.2.1.A numaralı alt maddenin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Oral metotreksata yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen romatoid artritli, erişkin psöriyatik artritli veya poliartiküler juvenil idiyopatik artritli hastalarda; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.”

- 6.2.1.Ç numaralı maddenin başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“6.2.1.Ç- Biyolojik ajanlardan Anti TNF ilaçlar, rituksimab ve abatacept kullanım ilkeleri”

- “Anti TNF (Tümör Nekrozis Faktör) ilaçlar “ başlıklı 6.2.1.Ç-1 numaralı maddenin (1), (2), (3) ve (10) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Romatoid artritli hastalarda; biri metotreksat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az 3'er ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5.1) juvenil romatoid artritte DAS 28 kriteri aranmaz) hallerde, 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilaca başlanır. İlaça başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28'te 0.6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda DAS 28'te toplam 1,2 puandan fazla düşme olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme gösterilemezse tedavi kesilir.

(2) Aksiyel tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflatuar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) >5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı>28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri veya MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroiliit/spondiliti olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.

(3) Periferik eklem tutulumlu ankilozan spondilitli hastalarda; maksimum dozda NSAİİ ile birlikte sulfasalazin veya metotreksattan birinin kullanılmasına rağmen yeterli cevap alınamayan (Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) >5) ve bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı>28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri olan durumlarda, bu durumun 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ilaca başlanır.

(10) Fistülize, şiddetli veya aktif luminal Crohn hastalığında adalimumab ve infliksimab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immunsupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4. ayında tedaviye cevap alınmaması (Hastalığa yanıt kriteri: Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde 70 puan üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile adalimumab ve infliksimab etken maddeli ilaçların kullanılacak dozu ve süresinin belirtildiği 6 süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporunda, gastroenteroloji, çocuk cerrahisi veya genel cerrahi uzman hekimlerinden en az biri yer almalıdır. Sağlık kurulu raporlarına dayanılarak, bu hekimler ile iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir ve sağlık tesislerinde klinik koşullarda uygulanır.”

ç) “Rituksimab” başlıklı 6.2.1.Ç-2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.1.Ç-2- Rituksimab

(1) Romatoid Artritli hastalarda, methotreksat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artriti bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavilerine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU>5.1 olan) erişkin hastalarda, en çok 6 kür (12 infüzyon) olacak şekilde bu durumun belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak romatoloji veya klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzman hekimleri tarafından reçetelenir.

(2) Sağlık kurulu raporu en fazla 1 yıl süreli olarak aşağıdaki şekilde düzenlenir.

a) Romatoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık tesislerinde, en az bir romatoloji uzman hekimisi ile birlikte nöroloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.

b) Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise en az bir romatoloji veya klinik immunoloji uzmanı veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı ile birlikte nöroloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporu.”

d) Aşağıda yer alan düzenleme 6.2.1.Ç maddesine “6.2.1.Ç-3-Abatasept” alt maddesi olarak ilave edilmiştir.

“6.2.1.Ç-3-Abatasept;

(1) Romatoid artritli hastalarda, metotreksat ile kombinasyon halinde, aktif romatoid artriti bulunan ve bir veya daha fazla anti TNF tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen (DAS 28 SKORU>5.1 olan) erişkin hastalarda, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde içinde en az bir romatoloji, klinik immunoloji veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak bu uzman hekimler tarafından reçetelenir.

(2) Abatasept ile tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28’te 0.6 puandan fazla düşme olması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilebilir.

(3) Abatasept ile tedavinin devamında 6 ayda bir DAS 28 kriterine bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 0.6 puandan fazla düşme gösterilemezse tedavi kesilir.”

MADDE 6- SUT’un “Lizozomal Hastalıklar İçin Tedavi İlkeleri” başlıklı 6.2.10 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.10. Lizozomal Hastalıklar İçin Tedavi İlkeleri

6.2.10.A- Gaucher hastalığında tedavisi esasları

(1) Teşhis için, periferik kandan veya dokudan enzim (Glucocerebrosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur.

(2) Tedavi endikasyonu olan hastalık tipleri; Tip I (Non Nöropatik Form) ve Tip III (Kronik Nöropatik Form)’tür. Tip II (Akut Nöropatik Form) için enzim tedavisi yapılmayacaktır.

6.2.10.A.1- Tip I ve Tip III Gaucher hastalarında Enzim Tedavisine Başlama ve Sonlandırma Kriterleri

(1) Enzim tedavisi, aşağıdaki kriterlerden en az birisinin varlığında hastaya 2 haftada bir gün en fazla 30 IU/kg dozunda uygulanacaktır;

- Hastanın hemoglobin değerinin erişkinler için 8 ile 10 g/dl arasında olması, çocuklar için yaşa göre normalin alt sınırının 2 g/dl nin altında olması,
- Kan trombosit sayısının 50.000 ile 100.000/mm³ olması,
- Karaciğer volümünün normalinin 1,25 ile 2,5 kat artmış olması,
- Dalak volümünün 5 ile 15 kat artmış olması,
- DEXA ile kemik mineral dansite Z skorunun hastanın yaş grubuna göre – 1,5 ile – 2,5 SD arasında olması,
- Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının olması.

(2) (1) numaralı fıkrada sıralanan hükümler doğrultusunda ilk tedavi başlangıcından itibaren 6 ncı ayın sonunda tedaviye başlangıç kriter/kriterlerde düzelme görülmez ise 1 yıl boyunca 2 haftada bir gün en fazla 60 IU/kg uygulanacaktır. Yapılacak bu tedavi sonrasında başlangıca göre düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

(3) Aşağıdaki kriterlerden en az birisinin varlığında ise hastaya doğrudan 2 haftada bir gün en fazla 60 IU/kg dozunda enzim tedavisi uygulanacaktır;

- Hemoglobin değerinin erişkinler ve çocuklar için 8 g/dl nin altında olması,
- Kan trombosit sayısının 50.000 /mm³ altında olması,
- Karaciğer volümünün normalin 2,5 katının üstünde artmış olması,
- Dalak volümünün 15 katın üstünde artmış olması,
- DEXA ile kemik mineral dansite Z skorunun erişkin hastanın yaş grubuna göre – 2,5 SD altında olması, çocuklarda boy ve/veya kilo gelişiminin yaşa göre -2 SD altında olması,
- Düz kemik grafisinde avasküler nekroz alanlarının ve patolojik kırıklarının olması,
- Hastalığa bağlı olarak kronik kemik ağrılarının oluşması ve geçirilmiş eklem ameliyatının olması.

(4) (3) numaralı fıkrada sıralanan hükümler doğrultusunda, 2 haftada bir gün 60 IU/kg dozunda enzim tedavisi uygulanan hastalarda 1 nci yılın sonunda yapılan değerlendirmede hastanın tedaviye başlamasına esas olan kriter/ kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

(5) Daha önceki SUT hükümlerine göre tedaviye başlanan hastalarda tedavi, rapor süresi sonuna kadar devam eder. Bu sürenin sonunda düzenlenecek yeni raporda; yukarıda yer alan tedaviye başlangıç kriter/ kriterlerin herhangi birisinde düzelme olduğunun belirtilmesi koşuluyla yukarıda belirtilen dozlara göre tedaviye devam edilir.

6.2.10.A.2-Substrat İnhibisyon Tedavi Kriterleri

(1) Gaucher hastalığında ilk tedavi seçeneği enzim replasman tedavisidir. Ancak;

- a) Enzim tedavisine ağır alerjik reaksiyonlar veya hipersensitivite geliştirenlerde,
- b) Enzim tedavisi kriter/ kriterleri kapsamında enzim tedavisi kesilmiş olan hastalarda, miglustat tedavisine geçilir.

(2) Miglustat tedavisine yanıt, enzim tedavisinden miglustat tedavisine geçişe neden olan kriter/ kriterler açısından takip edilir. Birinci yılın sonunda tedaviye başlanmasına esas olan bu kriter/kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda miglustat tedavisi kesilir.

6.2.10.A.3-Rapor ve Reçeteleme Koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriteri/ kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.B- Fabry Hastalığı Tedavi Esasları

(1) Teşhis için, periferik kandan veya dokudan enzim (Alfa Galactosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur. (Enzim düzeyi normal saptanan bayan hastalarda moleküler analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur.)

6.2.10.B.1-Enzim Tedavisine Başlama ve Sonlandırma Kriterleri

(1) Aşağıdaki kriterlerden herhangi birisinin varlığında enzim replasman tedavisi uygulanır.

- a) Böbrek fonksiyonlarında bozulma (Aşağıdaki kriterlerden herhangi birisinin varlığı)
 - Yaşa göre ayarlanmış kreatinin klerensinin (glomerül filtrasyon hızı) 80 ml/dk altında olması,
 - 24 saatte 300 mg üzerinde proteinüri olması,
 - Böbrek biyopsisinde endotelial depolanmanın varlığı ile birlikte mikroalbuminürinin olması.
- b) Kalp tutulumunun gösterilmesi (EKG veya ECHO veya Anjiyografi veya elektrofizyolojik çalışma ile)
- c) Nörolojik tutulumun gösterilmesi
- ç) Gastro İntestinal Sistem bulgularının olması
- d) Vertigo ataklarının olması
- e) İşitme kaybının olması
- f) Diğer tedavilere yanıtız nöropatik ağrının olması

(2) Enzim tedavisi uygulanan hastalarda 1 nci yılın sonunda yapılan değerlendirmede hastanın tedaviye başlamasına esas olan kriter/ kriterlerde düzelme göstermeyen hastalarda enzim tedavisi kesilir.

6.2.10.B.2-Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/ kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimler ve nefroloji uzman hekimince,

bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.C-Mukopolisakkaridoz Tip I, II ve VI (Glikozaminoglikan) Hastalığı tedavi esasları

(1) Teşhis için; periferik kandan veya dokudan enzim (Tip I için; L-İduronidase, Tip II için; İduronidate -2- sulfatase, Tip VI için; N-Acetyl Galactoseamine-4-Sulfatase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur.

6.2.10.C.1-Enzim Tedavisine Başlama ve Sonlandırma Kriterleri

a) Hastalarda; multiple sülfataz eksikliği olmamalıdır.

b) 24 aylığın altındaki çocuk hastalarda teşhis için gerekli kriterler olması halinde tedaviye başlanır.

c) 24 ayın bitiminden 72 ayın sonuna kadar olan hastalarda; “Denver Gelişim Envanteri” veya “Ankara Gelişim Envanteri” uygulanarak hastanın zihinsel gelişim durumu değerlendirilir. Değerlendirme sonucuna göre ileri derecede zeka özürlü saptanmayan hastalarda tedaviye başlanır. İleri derecede zekâ özürlü saptanan hastalarda tedaviye başlanmaz, tedavi başlanmış ise sonlandırılır.

ç) 72 ay üzeri hastalarda; “Çocuklar İçin Weshcler Zekâ Ölçeği” (WISC-R) testine göre IQ seviyesi 60 ve üzerinde olanlarda tedaviye başlanır. Bu testin çeşitli nedenlerle uygulanamaması durumunda “Denver Gelişim Envanteri” uygulanır. Buradaki sonuç -2 SD nin altında değilse tedavi başlanır.

d) Erişkin hastalarda WAIT testine göre tespit edilen IQ seviyesi 60 ve üzerinde olanlara tedavi başlanır.

e) Tip I Mukopolisakkaridozda; Enzim tedavisine başlangıç tarihi her yenilenen raporda belirtilmelidir. Kemik iliği replasman tedavisi yapılmış ve başarılı olmuş hastalarda replasman sonrası en fazla altı ay daha enzim tedavisi uygulanabilir.

f) Kemik iliği replasman tedavisinin başarısız olduğu hastalarda, enzim tedavisine devam kararı hastayı takip eden hekim tarafından yukarıda belirlenen kriterlere göre verilecektir.

g) Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra hastanın tedaviden fayda gördüğünün raporda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir.

6.2.10.C.2-Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.Ç-Pompe Hastalığı Tedavi Esasları

(1) Teşhis için, periferik kandan veya dokudan enzim (-glucosidase) düzeyinin veya mutasyon analiz sonuçlarının hastalıkla uyumlu olmasına göre tanı konur.

6.2.10.Ç-1- Enzim Tedavi Kriterleri

(1) İki yaş ve altındaki tüm hastaların tedavisine doğrudan başlanır.

(2) İki yaş üstündeki hastalarda ise yaşam kalitesini bozacak derecede kas veya solunum sistemi veya kalp tutulumunun olması durumunda enzim replasman tedavisi başlanır.

6.2.10.Ç.2-Rapor ve reçeteleme koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/ kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 1 yıldır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.D- Niemann-Pick Tip C Hastalığı Tedavi Esasları

(1) Teşhis için, Filipin Boyası veya moleküler analiz veya fonksiyonel çalışma ile Niemann-Pick Tip C tanısı kesinleştirilir.

6.2.10.D.1- Enzim Tedavi Kriterleri

(1) Niemann-Pick Tip C tanısı kesinleştirilen ve nörolojik bulgusu saptanan her hastada tedaviye başlanır.

(2) Tedavinin başlangıcından itibaren 6 ncı ayın sonunda nörolojik bulguları başlangıca göre stabil kalan veya düzelme görülen hastalarda tedaviye devam edilir.

6.2.10.D.2-Rapor ve Reçeteleme Koşulları

(1) Hasta adına, çocuk metabolizma veya nöroloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenir. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/ kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır. Bu rapora dayanılarak yine bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) Hastanın takip ve tedavi edildiği sağlık kurumlarında, hastalar adına dosyalar açılacak ve tüm bilgiler bu dosyada muhafaza edilecektir.

6.2.10.E- Diğer Lizozomal Depo Hastalıklarının Tedavi Esasları

(1) Mukopolisakkaridoz tip III, IV ve VII, Wolman hastalığı ve Kolesterol Ester Depo Hastalığı gibi hastalıkların tedavisinde çocuk metabolizma hastalıkları veya gastroenteroloji veya nöroloji veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı, 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimlerce reçete edilecektir.”

MADDE 7- SUT'un “Spesifik/hiperimmün iv immünglobulinlerin kullanım ilkeleri” başlıklı 6.2.12.A numaralı maddesinin (3) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(3) Hepatit B İmmünglobulinin, Hepatit B virüs yüzey antijeni taşıyan (Hbs Ag) hastalarda karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksisi endikasyonunda kullanımı;

a) 100-1000 IU Hepatit B İmmünglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise her gün (yedi gün boyunca) 2.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresince aylık Anti HBs serum seviyesi kontrolleriyle, 100 IU/litre serum seviyesi olacak şekilde sürdürülmelidir. Bu uzun dönem tedavi süresince aylık toplam 2000 IU dozuna kadar kullanılması uygundur.

b) 5000 IU Hepatit B İmmünglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000 IU, ameliyattan sonra ise 1., 4. ve 7. günlerde 5.000 IU şeklindedir. Takip eden uzun dönem tedavi süresince aylık Anti HBs serum seviyesi kontrolleriyle, 100 IU/litre serum seviyesi olacak şekilde sürdürülmelidir. Bu uzun dönem tedavi süresince 2 ayda bir toplam 5000 IU dozuna kadar kullanılması uygundur.”

MADDE 8- SUT'un “Hepatit Tedavisi” başlıklı 6.2.13 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(1) Akut ve Kronik viral hepatit tedavisinde kullanılan ilaçlar gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna dayanılarak bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.”

b) “Kronik Hepatit B tedavisi” başlıklı 6.2.13.A numaralı alt maddesinin (5), (6) ve (7) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(5) Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye;

a) HBV DNA \leq 107 kopya/ml (2.000.000 IU/ml) ise günde 100 mg lamivudin ile başlanır. Tedavinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer oral antiviraller kullanılabilir.

b) HBV DNA $>$ 107 kopya/ml (2.000.000 IU/ml) olanlarda diğer oral antivirallerden biri ile tedaviye başlanabilir.

c) Çocuk hastalardan, HBV DNA seviyesi: 10.000 (10⁴) kopya/ml (2.000 IU/ml) veya üzerinde olan hastalarda lamivudin tedavisine 3mg/kg/gün dozunda başlanabilir.

(6) Erişkin hastalar oral antiviral tedavi altındayken;

a) Oral antiviral tedavisi alan hastalarda negatif olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA'nın 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antiviral ajana geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir. Başka bir antiviralden lamivudine geçişte ve entekavir veya adefovir tedavisinden tenofovir tedavisine geçişte bu koşullar aranmaz Ancak lamivudin kullananlarda (Tedavinin 24 üncü haftasında HBV DNA 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalar dışında) entekavir veya telbivudine geçilemez veya eklenemez, adefovir kullananlarda tenofovir eklenemez..

b) Tenofovir veya adefovir veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen "HBV DNA pozitif" olması durumunda başka bir oral antiviral eklenebilir.

c) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi için düzenlenecek yeni veya mevcut raporda bu durum belirtilir.

(7) Oral antiviral tedavinin sonlandırılması

a) HBeAg pozitif olan hastalarda oral antiviral tedavi sırasında HBeAg serokonversiyonundan (HBeAg negatif, anti-HBe pozitif ve HBV DNA negatif olduktan) sonra en fazla 12 ay daha oral antiviral tedavi kullanılabilir. Her yenilenen raporda hastaların tedavi başlangıcındaki ve güncel HBeAg ve HBV DNA durumları belirtilmeli ve belgelenmelidir.

b) HBeAg negatif olan hastalarda oral antiviraller, HbsAg pozitifliğini gösterir güncel laboratuvar sonucu her yenilenen rapora eklenerek, HbsAg kayboluncaya kadar kullanılabilir."

c) "Kronik Hepatit B tedavisi" başlıklı 6.2.13.A numaralı alt maddesine (8) numaralı fıkra olarak aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

"(8) Antiviral tedavi almakta olan hastaların raporlarının yenilenmesinde, başlama kriterlerinin hastanın tedavisine başlandığı tarihteki mevzuata uygun olduğu yeni raporda belirtilir."

ç) "Karaciğer sirozunda tedavi" başlıklı 6.2.13.B numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"6.2.13.B- Karaciğer sirozunda tedavi

(1) Karaciğer sirozunda HBV DNA (+) veya HCV RNA (+) olan hastalarda tedaviye başlanılabilir ve bu durum raporda belirtilir. Tedavi süreleri; HBV DNA (+) olanlar için kronik hepatit B tedavisinde, HCV RNA (+) olanlar için kronik hepatit C tedavisinde olduğu gibidir."

d) "İmmüsupresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi" başlıklı 6.2.13.C numaralı alt maddesine (3) numaralı fıkra olarak aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

"(3) HbsAg negatif olduğu durumlarda HBV DNA pozitifliği ve/veya Anti Hbc pozitifliği durumlarında İmmüsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalara ALT yüksekliği ve karaciğer biyopsisi koşulu aranmaksızın lamivudin kullanılabilir. Söz konusu tedavilerin bitiminden sonraki en fazla 12 ay boyunca da Lamivudin kullanılabilir."

e) "Viral hepatit tedavisinde genel prensipler" başlıklı 6.2.13.F numaralı alt maddesinin (2) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(2) Biyopsi için kontrendikasyon bulunan hastalarda (PT de 3 sn den fazla uzama veya trombosit sayısı < 80.000 / mm³ veya kanama eğilimini artıran hastalıklar veya kronik böbrek yetmezliği veya biyopsiye engel olacak konumda bir yer kaplayıcı lezyonun varlığı veya karaciğer sirozu veya gebeler) karaciğer biyopsisi koşulu aranmaz. Biyopsi kontrendikasyonu sağlık raporunda açık olarak belirtilir."

MADDE 9- SUT'un "Özel düzenleme yapılan ilaçlar" başlıklı 6.2.14.C maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (3) numaralı fıkranın (c) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“c) BCG canlı intravezikal, tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerince reçete edilir.”

b) (3) numaralı fıkranın “Fulvestant” başlıklı (ç) bendinin 1 numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“1- Tıbbi onkoloji uzman hekimlerinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilir.”

c) (3) numaralı fıkranın “Azasitidin ve Decitabin” başlıklı (h) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir

“h) Azasitidin ve Decitabin;

A. Miyelodisplastik Sendromda (MDS) görülen dirençli anemi tedavisinde;

1- Kemik iliği blast oranının %5 in üzerinde artmış olduğunun belirtildiği, içinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporu ile 18 yaş üstü hastalarda kullanılmak üzere hematoloji uzmanı tarafından en fazla birer (1er) aylık tedavi miktarında reçete edilebilir.

2- Azasitidin veya Decitabini 4 ay alan hastalarda yanıt değerlendirilmesi yapılır. Blast oranı %5 ve altına inen hastalar ile tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre blast oranında %50 den daha az azalma olan hastalarda tedavi kesilir. Blast oranı tedaviye başlandığındaki ilk değerine göre %50 ve daha fazla azalan (ancak Blast oranı %5 in üstünde kalan) hastalarda bu durumu belirten yeni bir rapor düzenlenerek yalnızca 3 ay daha tedaviye devam edilir. Relaps olan hastalarda başlama kriterlerine uygun olarak tedaviye tekrar başlanabilir.

3- Decitabin, yukarıdaki koşullarda 4 haftada bir 5 günlük sürede (20mg/m²/gün) toplam 100mg/m² yi geçmeyecek şekilde kullanılır.

4- Bu ilaçlar birlikte kullanılamaz.

B. Azasitidin; Kronik Miyelomonositer Lösemi (KMML)ve Akut Miyeloid Lösemi(AML) tedavisinde;

1-İçinde en az bir hematoloji uzmanının bulunduğu 4 ay süre ile geçerli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilebilir.

2- Söz konusu teşhislerde en fazla 4 kür kullanılabilir.”

ç) (3) numaralı fıkranın “Pemetrekset” başlıklı (m) bendinin 1 numaralı alt maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“1-Lokal ileri evre ya da metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalardan nonskuamöz (adenokarsinom ya da büyük hücreli karsinom) histolojik alt grubunda birinci basamak kemoterapi sonrası progresyon gelişen hastalarda tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.”

d) (3) numaralı fıkranın “Erlotinib” başlıklı (o) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir

“o) Erlotinib; lokal ileri evre ya da metastatik adenokarsinom histolojik tipinde olan küçük hücreli dışı akciğer kanserli, hiç sigara kullanmamış, daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş hastalarda; bu durumun belirtildiği tıbbi onkoloji uzmanının yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, 2. ve üzeri tedavi basamaklarında bu uzman hekimlerce veya göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.”

MADDE 10- SUT'un “Doğuştan Metabolik Hastalıklar ile Çölyak Hastalığı” başlıklı 6.2.16 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.16- Doğuştan Metabolik Hastalıklar ile Çölyak Hastalığı

(1) Çocuk mamaları, gıda olması nedeniyle Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” ne ve “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi” ne dahil edilmemiştir. Ancak, doğuştan metabolik hastalığı olan ve kistik fibrozisli hastalar için tedavi edici içerikli olanlar ile malabsorbsiyona neden olan bir hastalığı olan hastaların ve iki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar, öncelikle çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir. İki yaşına

kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklerin kullandıkları özel mamalar için yukarıdaki hekimlere ek olarak çocuk alerji veya klinik immunoloji uzman hekimlerince de rapor düzenlenerek tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.

(2) Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları- üre siklus bozuklukları- organik asidemiler); çocuk metabolizma hastalıkları veya erişkin endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları ya da gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmaması halinde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu rapora dayanılarak hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formül içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için bir aylık;

a) 0-12 ay için: 31 TL

b) 1-5 yaş için: 60 TL

c) 5-15 yaş için: 77,50 TL

ç) 15 yaş üstü için: 80 TL tutar ödenir.

(3) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından 1 yıl süreli rapor düzenlenir. Bu hastaların kısıtlı diyetleri sebebi ile hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü un içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.); gastroenteroloji uzman hekimi tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak bir aylık;

a) 0-5 yaş için: 52,50 TL

b) 5-15 yaş için: 80 TL

c) 15 yaş üstü için: 72,50 TL tutar ödenir.

(4)Yukarıda belirtilen hastalıklarda kullanılan ürünler; Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi” nde belirtilmiş olup bu listede yer almayan ürün bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(5) 3 ve 4. fıkralarda belirtilen ödemeye ilişkin izlenecek yöntem Kurum tarafından ayrıca duyurulur.”

MADDE 11- SUT'un “Osteoporoz” başlıklı 6.2.17.A maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (4) numaralı fıkranın ç) bendi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“ç) Romatoid artrit, çölyak hastalığı, kronik inflamatuvar barsak hastalığı (Crohn Hastalığı veya Ülseratif Kolit), ankilozan spondilit, hipertiroidi, hipogonadizm, hipopituitarizm, anoreksia nervroza, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tip I diyabet, Cushing Sendromu ve Primer Hiperparatiroidizmde, uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı olan, kanser tedavisi alan, veya organ nakli uygulanmış hastalarda; sekonder gelişen osteoporozda (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olması durumunda, (primer hastalığını da belirtir sağlık raporu ile birlikte) reçetelenir.”

b) (5), (7) ve (8) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(5) Bifosfanat grubu ilaçlar; iç hastalıkları, FTR, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanları tarafından düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.”

(7) Kalsitonin, ağırlı vertebral kırığı bulunan osteoporozlu hastalarda bu durumun, iç hastalıkları, FTR, romatoloji, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde her ağırlı vertebral kırık durumunda en fazla 3 aylık tedavi dozu verilmesi koşulu ile bu uzman hekimlerce reçete edilebilir.

(8) Kalsitonin, yalnızca üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde; ağırlı vertebral kırığı bulunmayan osteoporozlu ve bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan hastalarda, bu durumun iç hastalıkları, FTR, ortopedi ve travmatoloji, romatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, endokrinoloji uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde, bu uzmanlarca reçete edilerek kullanılabilir.”

MADDE 12- SUT'un “Osteoporozda Teriparatid kullanımı” başlıklı 6.2.17.E maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.17.E- Osteoporozda Teriparatid kullanımı: Teriparatid: (65 yaş üstü; T skoru -4 ve daha az olan (L1-L4 veya kalça total) ve 2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş hastalarda, bunların belirtildiği 6 ay süreli Endokrinoloji uzmanının bulunduğu sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Tedavinin devamı için; ilk 6 ayda tedaviye cevap verildiğinin kanıtlandığı endokrinoloji uzmanının bulunduğu en fazla 12 ay süreli yeni bir sağlık kurulu raporu ile kullanılabilir. Toplam tedavi süresi ömür boyu 18 ayı geçmeyecektir. Sağlık kurulu raporuna dayanılarak diğer uzman hekimler tarafından da reçete edilebilir.) Teriparatid kullanan hastalarda KMY ölçümü yılda 2 kez yapılabilir.”

MADDE 13- SUT'un “Palivizumab Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.20 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.20. Palivizumab Kullanım İlkeleri

(1) Palivizumab etken maddesini taşıyan preparatın; çocuk kardiyoloji, neonatoloji (yenidoğan), çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak bu uzman hekimler veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince aşağıda belirtilen koşullarda kullanılabilir.

(2) Yüksek RSV riski taşıyan çocuk hastalarda respiratuar sinsisyal virüsün (RSV) neden olduğu ciddi alt solunum yolu hastalığının önlenmesinde;

a) RSV sezonu başlangıcından önceki son 6 ay içinde kronik akciğer hastalığı (KAH) için medikal tedavi (ek oksijen, bronkodilatör, diüretik veya kortikosteroid) gereksinimi olan 2 yaşın altındaki çocuklarda

b) 28 nci gebelik haftasında veya daha erken doğmuş olan, RSV sezonu başlangıcında 1 yaştan küçük olan KAH tanılı veya tanısız tüm bebeklerde

c) 29-32 gebelik haftasında doğmuş olan, RSV sezonu başlangıcında 6 aylıktan küçük olan KAH tanılı veya tanısız tüm bebeklerde

d) RSV sezonu başlangıcında 1 yaşından küçük; siyanotik doğuştan kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği tedavisi gerektiren asiyantotik doğuştan kalp hastalığı olan bebekler, Opere edildiği halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebekler, önemli pulmoner hipertansiyonlu bebekler (Sistemik basıncın %50'sinden fazlası) ve Hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomiyopati bebeklerde kullanılır.

(3) Palivizumab Ekim-Mart ayları arasında kabul edilen RSV sezonu boyunca 1 ay aralarla bir hasta için en fazla 5 doz ve maksimum 2 yaşa kadar uygulanmalıdır.”

MADDE 14- SUT'un “Amfoterisin-B, Kaspofungin, Anidilofungin, Vorikonazol, Posakonazol, Itrakonazol (İnfüzyon ve Solüsyon) Kullanım İlkeleri” başlıklı 6.2.23 numaralı maddesinin (5) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“(5) Anidulofungin, nütropenik olmayan (mutlak nütrofil sayısı $\geq 500/mm^3$ olacak ve laboratuvar sonucu aranacaktır.) erişkin hastalarda, invazif kandidiyazis vakalarında reçetelendirilebilir.”

MADDE 15- SUT'un “Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde” başlıklı 6.2.24.B numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6.2.24.B- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) tedavisinde

(1) KOA tanısı konulabilmesi için; SFT (Solunum Fonksiyon Testi) sonucuna göre FEV1 değeri %80 ve altında olması durumu aranır. Bu değer, hasta adına düzenlenmiş raporda ve her rapor yenilenmesinde güncel olarak belirtilir.

(2) Formeterol, salmeterol ve tiotropium, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.

(3) Formeterol ve salmeterol'ün inhaler kortikosteroidlerle kombinasyonları, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir.”

MADDE 16- SUT'un "Antiepileptik İlaçların Kullanım İlkeleri" başlıklı 6.2.25 numaralı maddesinin (2) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(2) Pregabalin ve zonisamit, nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzman hekimce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilebilir."

MADDE 17- SUT'un "Faktörler" başlıklı 6.2.27.A numaralı maddesine (6) numaralı fıkra olarak aşağıda yer alan düzenleme ilave edilmiştir.

"(6) Kombine koagülasyon faktörü/Protrombin kompleksi konsantreleri acil durumlarda;

- a) Kumarin türevlerinin uygulanmasından kaynaklanan, aktif kanaması olan hastalarda INR ve PT değerleri aranmaksızın kanama yeri belirtilmek koşulu ile uzman hekimlerce bir günlük dozda reçete edilebilir. İdame tedavi, prospektüsünde belirtilen doz şemasına uygun olarak yalnızca hematoloji uzman hekimlerince yapılabilir.
- b) Kumarin türevlerinin uygulanması sırasında aktif kanaması olmayan ancak kanama riski yüksek olan hastalarda ise INR değerine bakılır. INR değeri ≥ 5 olan hastalarda hematoloji uzman hekimlerince, hematoloji uzman hekiminin bulunmadığı illerde ise diğer uzman hekimlerce en fazla bir günlük dozda reçete edilebilir."

MADDE 18- SUT'un "Statin ve statin dışındaki lipit düşürücü ilaçlar" başlıklı 6.2.28.A numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (2) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(2) Bu grup ilaçlar, 1x1 dozda reçete edilebilir. Gemfibrozil ile tedavide (trigliserid >1000 mg/dl ise) 2x1 dozda endokrinoloji uzman hekimi raporu ile yine bu uzman hekimlerce reçete edilebilir."

b) (3) numaralı fıkrası madde metninden çıkartılmıştır.

MADDE 19- SUT'un "Niasin" başlıklı 6.2.28.C numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"6.2.28.C- Niasin

(1) HDL düzeyi 40 mg/dl'nin altında olan 18 yaş üzeri hastalarda bu durumun belgelenmesi koşuluyla endokrinoloji, dahiliye veya kardiyoloji uzman hekimleri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir."

MADDE 20- SUT'un 6.2.36 numaralı maddesinde aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) Madde başlığı "Parkinson Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri" olarak değiştirilmiştir.

b) (3) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(3) Amantadin sülfat; parkinson hastalığının tedavisi ile ilaçlara bağlı oluşmuş ekstrapiramidal reaksiyonların tedavisinde (tremor, rijidite, hipo veya akinezi), nöroloji uzmanı tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir"

c) (4) numaralı fıkrası madde metninden çıkartılmıştır.

MADDE 21- SUT'un "Pegvisomant" başlıklı 6.2.37.A numaralı maddesinin (1) numaralı fıkrası aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(1) Cerrahi ve/veya radyasyon terapisine rağmen veya genel durumu operasyon ve/veya radyasyon terapisine uygun olmayan aktif akromegalisi olan ve en az 12 aylık süre ile ve tam dozda uzun etkili somatostatin analogları ile tedaviye rağmen IGF-1 düzeyleri yaşa göre belirlenen normal değerlerin üstünde kalan hastalarda kullanılabilir. Bu hastalar için eğitim ve araştırma ile üniversite hastanelerinde içinde en az bir endokrinoloji ve metabolizma uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu düzenlenecektir."

MADDE 22- SUT'un "Diyabet Tedavisinde İlaç Kullanım İlkeleri" başlıklı 6.2.38 numaralı maddesinin (2), (3) ve (4) numaralı fıkraları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"(2) Repaglinid , Nateglid ve diğer oral antidiyabetiklerin kombine preparatları; endokrinoloji, iç hastalıkları, kardiyoloji ve aile hekimliği uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(3) Analog insülinler, Pioglitazon, Pioglitazonun oral kombinasyonları veya Pioglitazonun insülin ile kombine kullanımları endokrinoloji, iç hastalıkları ve kardiyoloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.

(4) DPP-4 Antagonistleri (Sitagliptin, vildagliptin) ve DPP-4 Antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preparatları; metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinde ise iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

MADDE 23- SUT’un “Bazı Özel Hastalıklara ve İlaç Kullanımına İlişkin Düzenlemeler” başlıklı 6.2 numaralı maddesine 6.2.40 numaralı madde olarak aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

“6.2.40. Huzursuz Bacak Sendromunda İlaç Kullanım İlkeleri

(1) Pramipeksol hidroklorür ve ropinirol etken maddelerini içeren ilaçlar; nöroloji veya psikiyatri uzman hekimi tarafından veya bu uzman hekimin düzenlediği uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilir.”

MADDE 24- SUT’un 6.3 numaralı maddesinin üçüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(3) Yurt dışından ilaç getirilmesi için, Türk Eczacıları Birliği (TEB) ile Kurum arasında protokol yapılabilir. Bu protokol haricinde, Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin kendi imkânları ile Sağlık Bakanlığının ilaç temin iznine dayanarak yurt dışından veya Sağlık Bakanlığının ilaç temin izni ile ilacın kullanım gerekliliğini belirten yazısına dayanarak yurt içinden temin ettikleri ilaçların bedelleri Kurumca belirlenen mevzuat kapsamında kendilerine ödenir. Bu şekilde ödemesi yapılacak ilacın bedeli, aynı ilacın Kuruma mal oluş bedelinden fazla olamaz.”

MADDE 25- SUT’un “İlaç Bedellerinin Ödenmesi” başlıklı 6.5.3 numaralı maddesine (3) numaralı fıkra olarak aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

“(3) Sağlık Bakanlığınca 17/6/2009 tarihli ve 4099 sayı ile onaylanarak yürürlüğe giren “Eczanelerde Üretilen İlaçlar İçin Tarife” de yer alan fiyatlar MEDULA- Reçete Provizyon Sisteminde güncellenmiştir. Tarifeyi değiştiren yeni bir düzenleme yapılması halinde yeni tarifenin hangi tarihten itibaren uygulanacağı Kurumca belirlenerek duyurulur.

MADDE 26- SUT’un “Tıbbi Malzeme Temin Esasları” başlıklı 7.1 numaralı maddesinin 22 nci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(22) SUT eki “Kurumca Bedeli Karşılacak Omurga Cerrahisi Tıbbi Malzeme Listesi” (EK-5/E) ile “Kurumca Bedeli Karşılacak Olan Ortopedi ve Travmatoloji Branşı Artroplasti Alanı Tıbbi Malzeme Listesi” nde (EK-5/F) yer alan tıbbi malzemelere ilişkin olarak;

- a) Her grup ürünün 15/06/2010 tarihine kadar imal ya da ithal edildikleri ülkelerde sertifikalı olduğunun (FDA, TGA, SFDA gibi) belgelendirilmesi.
- b) Her grup ürünün 15/06/2010 tarihine kadar imal ya da ithal edildikleri ülkelerde kullanıldığına dair ilgili ülkenin ruhsatlandırma biriminden veya bağımsız Sağlık Teknolojileri Değerlendirme (HTA) biriminden alınacak ürünün ülkede kullanıldığına veya geri ödeme kapsamında olduğuna dair belge veya ilgili ülkenin Sağlık Bakanlığından alınacak aynı özellikleri haiz belgelerden herhangi biri ile belgelendirilmesi.
- c) Deney-analiz-kalibrasyon laboratuvarlarının ve muayene kuruluşlarının Uluslararası Laboratuvar Akreditasyon İşbirliği Karşılıklı Tanınma Anlaşmasında yer alan akreditasyon kurumları tarafından akredite edilmiş olan veya onaylanmış kuruluşlarca kabul gören laboratuvarlardan alınmış her grup ürünün materyal, biyomekanik, biyoyumluluk testlerinin yapıldığı laboratuvarın adı, yeri ve testlerin yapıldığı tarih ve test raporlarının sonucunun özet olarak 15/06/2010 tarihine kadar belgelendirilmesi. Ancak CE Sınıf 3 grubuna giren ürünlerde materyal, biyomekanik, biyoyumluluk testleri istenmeyecek olup bu grup ürünlerde CE Sınıf 3 sertifikası ve ürün tasarım belgesinin ibraz edilmesi,
- ç) Üretici firmalardan GMP (Good Manufacturing Practices) Sertifikası veya 13485 Tıbbi Cihazlar için Kalite Yönetimi Sistemi Belgesi olanların bu belgelerini 15/06/2010 tarihine kadar belgelendirilmesi.
- d) İthalatçı firmaların 30/06/2011 tarihine kadar 13485 Tıbbi Cihazlar için Kalite Yönetimi Sistemi Belgesini veya ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Belgesini temin etmesi.
- e) SUT Eki EK-5/E Omurga Cerrahisi ile EK-5/F Ortopedi ve Travmatoloji branşı Artroplasti alan grubunda kullanılan tıbbi malzeme listelerinde yer alan fiyatlar tavan fiyatlardır.

f) 15/06/2010 tarihinden itibaren bu maddenin (a), (b), (c) ve (ç) fıkralarında belirtilen belgeleri ibraz eden firmaların ürünlerine tavan fiyat uygulanacaktır.

g) Bu maddenin (a), (b), (c) ve (ç) fıkralarında belirtilen belgeleri ibraz edemeyen firmaların ürünlerine 30.06.2011 tarihine kadar tavan fiyatların %60'ı oranında ödeme yapılacaktır.

ğ) Bu maddenin (a), (b), (c), (ç) ve (d) fıkralarında belirtilen belgeleri ibraz edemeyen firmaların ürünlerine ise 30.06.2011 tarihinden sonra ödeme yapılmayacaktır.

h) Artroplasti alan grubunda yer alan tıbbi malzemelerden (CE Sınıf 3 kapsamında yer almayan Artroplasti malzemeleri hariç) CE Sınıf 3 sertifikası olmayan malzeme bedelleri Kurumca karşılanmayacaktır.”

MADDE 27- SUT'un “4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olan Resmi Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında” başlıklı 7.2.1.A-1 numaralı maddesine dördüncü fıkra olarak aşağıdaki düzenleme ilave edilmiştir.

“(4) Sağlık Uygulama tebliği eklerinde SUT kodu olup da, fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, KDV dâhil alış fiyatı üzerine; % 15 işletme gideri ilave edildikten sonra bulunan tutar üzerinden hazine kesintisi, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kesintisi ilave edilerek fatura edilir ve bedelleri Kurumca ödenir.”

MADDE 28- SUT'un “4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabii olmayan resmi sağlık kurum ve kuruluşlarında” başlıklı 7.2.1.A-2 numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme beşinci fıkra olarak ilave edilmiştir.

“(5) Sağlık Uygulama tebliği eklerinde SUT kodu olup da, fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde en az 1 (bir) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden önceki son bir yıl içerisindeki en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır (5 (beş) fiyatın altında olması halinde var olan fiyatların ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.”

MADDE 29- SUT'un “Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında” başlıklı 7.2.1.B numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme beşinci fıkra olarak ilave edilmiştir.

“(5) Sağlık Uygulama tebliği eklerinde SUT kodu olup da, fiyatı olmayan tıbbi malzemeler, Kamu İhale Kurumu İhale Sonuç Formu Ekranında (son bir yıl içerisinde farklı en az 3 (üç) hastanenin fiyatı olmalı) tespit edilen ve Kurum taşra teşkilatı inceleme birimlerince benzer nitelikte, aynı işlevsel özellikte ve aynı tıbbi sonucu verdiği kabul edilen malzemenin işlem tarihinden önceki son bir yıl içerisindeki en ucuz 5 (beş) fiyatın ortalaması alınır (beş fiyatın altında olması halinde var olan en az 3 (üç) fiyatın ortalaması alınır), KDV dahil fiyatı, fatura tutarını geçmemek üzere ödenir.”

MADDE 30- SUT'un “Şeker ölçüm çubukları” başlıklı 7.3.5 nci maddesinin birinci fıkrasının b, c ve d bentleri aşağıda belirtildiği şekilde yeniden düzenlenmiş ve (ç) bendinin sonuna “(e-rapor hariç)” ibaresi eklenmiştir.

b) Kan şekeri ölçüm cihazlarına ait bedeller, Kurumca karşılanacaktır. Kan şekeri ölçüm cihazının yenilenme süresi 2 (iki) yıldır. Bu süreden önce temin edilen kan şekeri ölçüm cihazının bedeli Kurumca ödenmez. Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce alınmış bulunan mevcut kan şekeri ölçüm cihazları 6 (altı) ay süre ile değiştirilemez. Bu süre içinde değiştirilen kan şekeri ölçüm cihazlarının bedelleri Kurumca karşılanmayacaktır.

c) Kan şekeri ölçüm çubukları; sağlık raporunda tedavi protokolü olarak belirtilen adetler esas alınarak en fazla 3 aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde bedeli karşılanır.

d) Kan şekeri ölçüm çubukları ve kan şekeri ölçüm cihazları, sözleşmeli eczanelerden temin edilecektir. Eczaneler kan şekeri ölçüm cihazları için fark alabilir, ancak kan şekeri ölçüm çubukları için fark alamaz.”

MADDE 31- SUT' un “Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler ve göz protezleri” başlıklı 7.3.8 numaralı maddesinin dördüncü ve sekizinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(4) Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuyla zorunlu görülmesi şartıyla görmede yardımcı olan tıbbi malzemeye ait bedeller, SUT eki EK-6 Kurum tıbbi malzeme listesinde yer alan fiyatları aşmamak üzere ödenir.

a) Prizmatik gözlük camı: Prizmatik camlar, gözlerinde kayma olan hastalarda yani şaşılık tedavisinde, az gören hastalarda (iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında), göz tümörleri ve optik

sinirle beyin arasındaki baskılarda kullanılmaktadır. Prizmatik gözlük camı Üniversite Hastaneleri veya Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim Araştırma Hastanelerinde düzenlenen en az bir göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile göz hastalıkları uzmanı tarafından tanzim edilen reçetelere istinaden 3 yılda bir yenilenebilir. Ancak prizmatik cam ve fresnel prizması, şaşılığı ve diplopisi olan hastalarda, kayma miktarı değişkenlik gösterebileceği için sağlık kurulu raporunda belirtilmesi şartıyla 6 ayda bir verilebilir.

b) Teleskopik gözlük camı: Doğuştan var olan bozukluklar, kalıtsal hastalıklar, yaralanmalar, şeker hastalığı, glokom, katarakt ve yaşlanmaya bağlı az gören (iyi gören gözde düzeltilmiş uzak görme keskinliği 3/10 ve altında) hastalarda kullanılan materyallerden biri olup, Üniversite Hastaneleri veya Sağlık Bakanlığına Bağlı Eğitim Araştırma Hastanelerinde düzenlenen en az bir göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile göz hastalıkları uzmanı tarafından tanzim edilen reçetelere istinaden teleskopik gözlük bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporunda zeminde yatan göz hastalığı ve bu hastalığa bağlı olarak görme işlevlerindeki bozulma, reçetede uzak, yakın, uzak-yakın ifadesi olması, büyütme gücü (x olarak), fiks fokus veya fokusable (foküslenebilme) olma durumu belirtilmelidir. Teleskopik gözlükler sağlık raporuyla gerekli görülmesi halinde 3 (üç) yılda bir yenilenebilir. Çocuklarda bu süre sağlık raporuyla gerekli görülmesi halinde 1 yıldır. Gerekli hallerde yakın için kapak (cap) tek veya iki göz için yazılabilir, bu gibi durumlarda ayrıca yakın teleskopik cam ödenmez.

(8) Kontakt lens bedelleri sadece;

a) Konjenital katarakt nedeniyle opere olmuş afak olgularda veya,

b) Keratakonusu olan göze gözlük uygulanmış ve gözlükle görme keskinlikleri 10/10 a kadar (tama) artmayan olgularda,

bu durumların üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında en az bir göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi, göz hastalıkları uzman hekimince reçetelendirilmesi ve Kurumla sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SUT eki "Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi" nde (EK-6) yer alan bedeller üzerinden Kurumca karşılanır. Kontakt lens kullanan hastalara ayrıca gözlük cam ve çerçeve bedeli ödenmez. Kontakt lens solüsyonlarının bedelleri Kurumca karşılanmaz.

Lenslerin yenilenme süresi 2 (iki) yıldır. Ancak, 6 yaşına kadar olan çocuk olgularda 6 (altı) ayda bir yenilenmesi halinde de bedelleri Kurumca karşılanır. Ayrıca 6 yaşından sonra afakı devam etmesi halinde bu durumun sağlık kurulu raporu ile belgeleneceği şartıyla aylık sık replasmanlı kontakt lenslerin bedeli Kurumca karşılanır. İlk verilen afakı raporu 2 yıl geçerlidir.

MADDE 32- SUT'un "Sentetik greftler, kemik allogreftleri" başlıklı 7.3.9 numaralı maddesine aşağıdaki düzenleme üçüncü fıkra olarak ilave edilmiştir.

"(3) Allogreftlerin ödenebilmesi için AATB ve/veya EATB belgesinin fatura ekinde yer alması gerekmektedir."

MADDE 33- SUT'un "Artroplasti" başlıklı 7.3.16 numaralı maddesinin dördüncü fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(4) Kemik büyütme ve dıştan kaynaştırma uyarıcılarının bedelleri Kurumumuzca karşılanmaz."

MADDE 34- SUT'un "Bazı Tıbbi Malzemelerin Temin Edilme Esasları" başlıklı 7.3 numaralı maddesine, aşağıdaki düzenleme 7.3.28 numaralı madde olarak ilave edilmiştir.

"7.3.28 Antiembolizm basınç çorabı ve manşonu

(1) Antiembolizm basınç çorabı, yalnız derin ven trombozu profilaksisi endikasyonunda kullanılması halinde bedeli Kurumumuzca karşılanır.

(2) Antiembolizm basınç manşonu, derin ven trombozu profilaksisi, Lenfödem, kronik venöz yetmezlik ve komplikasyonlarının tedavilerinde kullanılması halinde bedeli Kurumumuzca karşılanır."

MADDE 35- SUT'un "Sağlık Kurum ve Kuruluşları Faturalarının Düzenlenmesi" başlıklı 9.2.1 numaralı maddesinin birinci fıkrasının ikinci cümlesinde yer alan "bu sağlık hizmeti işleminin bittiği tarihi takip eden en geç 4 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dahil edilecektir" ibaresi "bu sağlık hizmetinin işleminin bittiği tarih itibarıyla faturalandırılması gereken dönemi takip eden en geç 4 ay içerisindeki dönem sonlandırılmasına dahil edilecektir." şeklinde değiştirilmiştir.

MADDE 36- SUT' un "Eczane Faturalarının Düzenlenmesi" başlıklı 9.2.2 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (1) numaralı fıkranın (e) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"e) İçeriğinde en az bir adet geçici karekod etiketli ilaç bulunan reçetelere ait faturalar,"

b) (1) numaralı fıkraya aşağıdaki düzenleme (f) bendi olarak ilave edilmiştir.

"f) Yukarıdaki grupların dışında kalan reçetelere ait faturalar,"

c) (2) numaralı fıkra aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(2) Birinci fıkranın (a), (b), (c) ve (e) bentlerinde belirtilen reçeteler hariç olmak üzere; içeriğinde en az bir raporlu ilaç, kan ürünü veya hemofili ilacı bulunan reçeteler, ilgisine göre (ç) veya (d) bentlerinde belirtilen reçete grubuna dâhil edilerek faturalandırılacaktır."

MADDE 37- SUT eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde (EK-2) aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

a) "Tüberküloz" başlıklı (1) numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"1. Tüberküloz

1.1. Anti-tüberküloz ilaçlar

1.1.1. Morfozinamid

1.1.2. Etiyonamid

1.2. Antibiyotikler (çoklu ilaç direnci olan tüberkülozlar)

1.2.1. Kanamisin

1.2.2. Siprofloksasin

1.2.3. Levofloksasin

1.2.4. Moksifloksasin

1.2.5. Gatifloksasin

1.2.6. Amoksisilin/klavunat

1.2.7. Klaritromisin

1.2.8. Rifapentin

1.2.9. Linezolid

1.2.10. Azitromisin

1.2.11. Roksitromisin

1.3. Kortikosteroidler

1.4. Viomisin"

b) 6.4.4 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"6.4.4. Tauroursodeoksikolik asit*"

c) 7.3.2 numaralı maddesine 7.3.2.3 maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.

" 7.3.2.3. Parikalsitol"

ç) 7.4 numaralı maddesine 7.4.3. maddesi aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir.

"7.4.3. Bartter Sendromu

7.4.3.1. Potasyum Klorür"

d) 7.5.2.2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"7.5.2.2. Calcitonin"

e) "Psikiyatrik hastalıklar" başlıklı 11 numaralı maddesine 11.5 numaralı madde aşağıdaki şekilde ilave edilmiştir

" 11.5. Aktivite ve Dikkat Bozukluğu

11.5.1. Metil fenidat

11.5.2. Atomoksetin hidroklorür"

f) 13.5.3 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

"13.5.3. TNF-alfa blokerleri *"

g) 15.4 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“15.4. Barsak operasyonundan dolayı oluşan malabsorbsiyonlar ve malnütrisyonlar. İlk iki yaşta inek sütü alerjisi. Doğuştan metabolik ve kalıtsal hastalıklar. MNGIE (Mitokondriyal Nörogastrointestinal Ensefalomiyelopati)

15.4.1. Barsak operasyonundan dolayı oluşan malabsorbsiyonlar ve malnütrisyonlar. İlk iki yaşta inek sütü alerjisi. Doğuştan metabolik ve kalıtsal hastalıklar

15.4.1.1. Enzim preparatları ve bu grup hastalıkların tedavisine yönelik spesifik ilaçlar ve özel formüllü besleyiciler

15.4.1.2. Vitaminler

15.4.1.3. Sodyum Dikloroasetat

15.4.2. MNGIE (Mitokondriyal Nörogastrointestinal Ensefalomiyelopati)

15.4.2.1. Enzim preparatları ve bu grup hastalıkların tedavisine yönelik spesifik ilaçlar ve özel formüllü besleyiciler

15.4.2.2. Vitaminler, Mineraller, Elektrolit çözeltileri

15.4.2.3. Sodyum Dikloroasetat

15.4.2.4. Heparin

15.4.2.5. Parenteral beslenme ürünleri”

ğ) 15.12 numaralı maddesi listeden çıkartılmıştır.

MADDE 38- SUT eki “Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları” Listesi (EK/2A) bu Tebliğ eki Liste-1 de yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

MADDE 39- SUT eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nin (EK-2/B) 47 numaralı maddesinde yer alan “Moksifloksasin oftalmik formları, (EK-2/A Madde 5.13’e göre)” ibaresi çıkarılmış ve 47 numaralı madde aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“47. Sugammadex sodyum (Entübasyon güclüğü yaşanan hastalarda, vertebral cerrahi hastalarında “wake-up” gerektiren durumlarda, Neostigmin kullanımının kontrendike olduğu durumlarda)”

MADDE 40- SUT eki “Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi” nde (EK-2/C) aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmıştır.

a) (6), (21) ve (37) numaralı maddeleri aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“6. **Desmopressin** (Prospektüs endikasyonlarından yalnızca primer enurezis nokturna tedavisinde ve santral diabetes insipidus tedavisinde ödenir. Primer enurezis nokturna endikasyonunda uzman hekimce raporsuz da reçete edilebilir.)

21. **Somatostatin ve analogları** (Yalnızca intestinal ve pankreatik fistüllerin tedavisi ve gastrointestinal sistemde görülen endokrin tümörlerin aşırı sekresyonlarının semptomatik tedavisi endikasyonlarında ödenir)

37. **Iloprost trometamol (İntravenöz formları), Alprostadil** (Üniversite, eğitim ve araştırma hastanelerinde tanıyı doğrulayan resmi kurumca onaylanmış görüntüleme tetkik raporları eklenmiş; kardiyoji, kardiyovasküler cerrahi, göğüs hastalıkları, pediatrik kardiyoji uzman hekimlerinden birinin düzenlediği uzman hekim raporu ile yalnızca bu uzman hekimlerce)”

b) Aşağıdaki düzenleme 51 numaralı madde olarak ilave edilmiştir.

“51.Anjiotensin reseptör blokerleri (Irbesartan, Kandesartan, Losartan, Telmisartan,Valsartan, Rilmeniden, Moksonidin, Olmesartan, Eprosartan Mesilat, kombinasyonları dahil): uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.”

MADDE 41- SUT eki “Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi” nde (EK-2/G) fiyatları güncellenen ve listeye eklenen ilaçlar ile fiyatları, bu Tebliğ eki Liste-2 de belirtilmiştir.

MADDE 42- SUT eki “Protez, Ortezler Ve Diğer Tıbbi Sarf Malzeme Listesi” (EK-5) yürürlükten kaldırılmıştır.

MADDE 43- SUT eki “Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi” nde (EK-5/A-1) aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

- a) “390.030” kod numarası ile yer alan “Intratekal Baklofen Pompa Seti” ibaresi “Intratekal Baklofen Pompası Dolum Kiti” şeklinde değiştirilmiştir.
- b) “370.080” kodu ile yer alan “Kan Şekeri Ölçüm Çubuğu” isimli malzemenin fiyatı 0,32 TL olarak değiştirilmiştir.
- c) “KAN ŞEKERİ ÖLÇÜM CİHAZI” adlı malzeme, “370.081” kod numarası ile birim fiyatı 20 TL olarak Listeye eklenmiştir.

MADDE 44- SUT eki “Fiyatlandırılmış Tıbbi Sarf Malzemeleri Listesi” ne (EK-5/A-2) eklenen tıbbi malzemeler bu Tebliğ eki Liste-3 de belirtilmiştir.

MADDE 45- SUT eki “Protez Ortez Listesi” nde (EK-5/C) “222600” kodu ile yer alan “Göz Protezleri” nin fiyatı “150 TL” olarak değiştirilmiştir.

MADDE 46- SUT eki “Görmeye Yardımcı Tıbbi Malzemeler Listesi” (EK-6), bu Tebliğ eki Liste-4 de yer aldığı şekilde yeniden düzenlenmiştir.

MADDE 47- SUT eki “Sağlık Kurumları Puan Listesi” nde (EK-8) aşağıda belirtilen düzenlemeler yapılmıştır.

- a) 2879 sıra numaralı Hidroterapi – Balneoterapi başlığının açıklama bölümünde yer alan “702.030” ibaresinden önce gelmek üzere, “Bu başlık altındaki işlemler tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzman hekimleri tarafından,” ibaresi eklenmiştir.
- b) “9.8. Meslek Hastalıkları Laboratuvar Tetkikleri” başlığı altında “911.290” kodu ile yer alan “Gaz kromatografisi ile yapılan tetkik” işlem adı “Kromatografi ile yapılan tetkikler (her biri)” şeklinde değiştirilmiştir.
- c) 4924 sıra numaralı “9.8. Meslek Hastalıkları Laboratuvar Tetkikleri” başlığının açıklama kısmı aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir.

“Sağlık Bakanlığı meslek hastalıkları hastaneleri ile Kurumca sevk edilen hastalara devlet üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerince yapılması halinde faturalanabilir. (Tarama ve Kurumca yapılan sevkler hariç periyodik amaçlı yapılan işlemler faturalandırılmaz.)”

MADDE 48- SUT eki “Taniya Dayalı İşlem Listesi” nde (EK-9) “2300” sıra numaralı “ELEKTROFİZYOLOJİK ÇALIŞMA (EFÇ) VE ABLASYON” başlığının açıklama bölümüne aşağıdaki metin eklenmiş ve aynı başlığın altına bu Tebliğ eki Liste-5 de yer alan işlemler, kod numarası sırasına göre eklenmiştir.

“12 yaş altında herhangi bir endikasyon sınırlaması olmaksızın, 12 yaş üstünde ise; septal kökenli supraventriküler taşikardilerde, frenik sinire yakın fokal atrial taşikardilerde, koroner sinüs bölgesi ile HIS bölgesine yakın ventriküler taşikardilerde, epikardiyal aksesuar yollarda yapılan Kriyoablasyon işlemleri faturalandırılabilir. P701031, P701041, P701062, P701063 işlemleri üçüncü basamak sağlık kurumlarınca faturalandırılabilir.”

MADDE 49- Bu Tebliğ’in;

- a) 26 ncı maddesi 01/1/2011 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- b) 41 inci maddesi 31/1/2011 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- c) 31 ve 46 ncı maddesi 01/3/2011 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- d) 5 ila 23 üncü maddeleri ile 37 ila 40 ıncı maddeleri yayımı tarihinden 7 iş günü sonra,
- e) Diğer maddeleri yayımı tarihinde,

yürürlüğe girer.

MADDE 50- Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.

LİSTE-1

EK-2/A

SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI

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
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, Fenoksümetil)	KY
9	Piperasilin	UH-P, A 72
10	Piperasilin-Tazobaktam	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
11	Tikarsilin Klavulanat	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
12	Karbenisilin	UH-P, A 72
13	Sulbaktam	EHU
B) Sefalosporinler		
1. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefadroksil	KY
2	Sefalekssin	KY
3	Sefazolin	KY
4	Sefradin	KY
5	Sefalotin	KY
2. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefaklor	KY
2	Sefoksitin	UH-P
3	Sefprozil	KY
4	Sefuroksim (Parenteral)	UH-P
5	Sefuroksim Aksetil	KY
6	Lorakarbef	KY
3. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefiksım	UH-P
2	Sefodizim	UH-P
3	Sefoperazon	UH-P, A 72
4	Sefoperazon-Sulbaktam	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi

5	Sefotaksim	UH-P, A 72
6	Seftazidim	UH-P, A 72
7	Seftizoksım	UH-P, A 72
8	Seftriakson	UH-P, A 72 APAT'TA KY (Bakınız 6/a)
9	Sefditoren	UH-P
10	Sefdinir	UH-P
11	Sefpodoksım Proksetil	UH-P
12	Seftibuten	UH-P
4. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefepim	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
C) Diğer Betalaktam Antibiyotikler		
Monobaktamlar		
1	Aztreonam	UH-P, A 72
Karbapenemler		
1	İmipenem	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
2	Meropenem	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
3	Ertapenem	1x1 dozda (EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi)
4	Doripenem	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
2- MAKROLİD VE LİNKOZAMİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
A) Makrolidler		
1	Azitromisin	KY
2	Diritromisin	KY
3	Eritromisin	KY
4	Klaritromisin Oral	KY
5	Klaritromisin MR	KY
6	Klaritromisin Parantral	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	Doksisiklin	KY
C) Tetrasiklinler		
1	Tetrasiklin	KY
2	Tetrasiklin – Nistatin	KY

3	Oksitetrasiklin	KY
4	Tigecycline	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi ve yatan hasta
3- AMFENİKOLLER		
1	Kloramfenikol	KY
2	Tiamfenikol	KY
1	Amikasin	UH-P
2	Gentamisin	KY
3	İsepamisin	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
4	Kanamisin ve Türevleri	KY
5	Neomisin ve Kombinasyonları	KY
6	Netilmisin	UH-P
7	Streptomisin	KY
8	Tobramisin Parenteral	UH-P
5- KİNOLOKON 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)
6- ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER		
A) Antistafilokokal Penisilinler		
1	Flukloksasilin	KY
2	Nafsilin	UH-P

B) Glikopeptid Antibiyotikler		
1	Vankomisin	EHU** veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
2	Teikoplanin	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi APAT'TA KY (Bakınız 6/b)
3	Basitrasin	KY
4	Polimiksin B	KY
5	Kolistin ve Türevleri	KY
5.1	Kolistimetat	EHU (Çoklu ilaç direnci gösteren gram negatif bakteri enfeksiyonlarında kültür antibiyogram sonucu ile kullanılır)
C) Diğer Antistafilokokal Antibiyotikler		
1	Fusidik Asit ve Tuzları	KY
2	Sodyum fucidat enjektabl formu	EHU veya 3. basamakta hematoloji, onkoloji veya göğüs hastalıkları uzman hekimi
3	Mupirosin	KY
4	Linezolid	EHU
5	Daptomisin	(Erişkinlerde metisiline duyarlı ve dirençli S. aureus izolatlarının neden olduğu sağ taraf infektif endokarditi, bakteremiler ve komplike cilt yumuşak doku enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılır.) Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı tarafından yazılır
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 6.2.23 esaslarına göre
3	Flukonazol Parenteral	UH-P, A 72
4	Flukonazol Oral ve Diğer Formları	KY
5	Itrakonazol oral (solüsyon hariç)	UH-P
6	Itrakonazol infüzyon ve solüsyon	Madde 6.2.23 esaslarına göre

7	Ketokonazol	KY
8	Lipid Kompleks Amfoterisin B	Madde 6.2.23 esaslarına göre
9	Lipozomal veya Kolloidal Dispersiyon Amfoterisin B	Madde 6.2.23 esaslarına göre
10	Terbinafin	KY
11	Griseofulvin	KY
12	Varicanazole	Madde 6.2.23 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 6.2.23 esaslarına göre
20	Posakonazol	Madde 6.2.23 esaslarına göre
11- ANTİVİRAL İLAÇLAR		
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 6.2.13 esaslarına göre, HIV de EHU koşulu
11	Fosamprenavir	EHU
B) Diğer Antiviraller		
1	Asiklovir Oral	KY
1.1	Asiklovir Parenteral	EHU
2	Famsiklovir	UH-P
3	Gansiklovir	EHU
4	Valasiklovir	UH-P (Herpes labialis endikasyonunda ise; UHP koşulu ile en küçük doz ve en küçük ambalaj formu ödenir.)
5	Lamivudin 100 mg	Madde 6.2.13 esaslarına göre-
6	Ribavirin	Madde 6.2.13 esaslarına göre
7	Telbivudin	Madde 6.2.13 esaslarına göre-

8	Didanozin	EHU
9	Efavirenz	EHU
10	Adefovir	Madde 6.2.13 esaslarına göre
11	Entakavir	Madde 6.2.13 esaslarına göre
12	Zanamivir	UH-P
13	Oseltamivir	UH-P
14	Brivudine Oral	UH-P
15	Valgansiklovir	EHU
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
3	Alfuzosin, Tamsulosin, Terazosin, Serenoa repens standardize lipofilik ekstre, Doksazosin (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.
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	Allantoin + heparin + extractum cepae	UH-P
8	Demir-Dextran	UH-P
9	Lizürid Maleat	UH-P
10	Üre içeren preparatlar	Cilt hastalıkları uzmanı (Sadece ihtiyozis veya kseroderma endikasyonlarında ödenir)
11	Fondaparinux	Ortopedi uzmanı
12	8- Metoksipsoralen	UH-P
13	Modafinil	UH-P
14	Ranitidin Bizmut Sitrat	UH-P
15	Naferalin Asetat	UH-P
16	Demir III hidroksit Sükroz	Hematoloji ve nefroloji uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce

17	Eritromisin+Isotretinoin / Eritromisin+Tretionin / Eritromisin+ Benzoylperoksit (Topik formları dahil)/ Klindamisin+Benzoylperoksit)	Sadece Cilt Hastalıkları Uzman Hekimlerince
18	Multivitamin Pronatal	Sadece gebelikte
19	Podofilin	Sadece kondiloma endikasyonunda ödenir ve bu endikasyonda uzman hekimler tarafından reçetelenir
20	Hidroksiklorokin sülfat, Klorokin fosfat	UH-P
21	Albendazol	400 Mg lık formlarının büyük ambalajları yalnızca “Kisthidatik ve nöstisarkosis 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	H. Pylori eradikasyon tedavi paketi	Yılda 14 günlük tedaviyi geçmeyecek şekilde iç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir.

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'nun 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'nun 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:

- Akut Bakteriyel menenjitte tek doz Seftriakson 2 gr. KY. Hasta, LP'nin yapılabileceği merkeze ortalama 4 saatten daha uzak ise 2 gram seftriakson yapılabilir.
- Hastanın enfeksiyonunun APAT'a uygun olduğunu belgeleyen EHU' nun da içinde bulunduğu bir sağlık kurulu raporu ile KY

7. Cerrahi profilakside kullanılmayacak antibiyotikler:

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

LİSTE-2 / EK-2/G

Yurt Dışı İlaç Fiyat Listesi				
BARKODU	İLAÇ ADI	ETKEN MADDE	EŞDEĞER GRUBU	FIYATI
1111111100272	LYSODREN 500 MG 100 TB.	Mitotane 500 mg cap	I114A	370,00 €
1111111100266	LORENZO'S OIL 500 ML	Gliserol Trioleate,Gliserol Trierucate oil	I078A	112,50 €
1111111100280	EVOXAC 30 MG 100 TB	Cevimelin Hydrochloride 30 mg tb	I037A	233,50 €
1111111100108	POTABA 3 G 40 PULVER	Aminobenzoate Potassium 3 gr pudra	I010A	27,36 €
1111111100055	POTABA 500 MG 240 CAP	Aminobenzoate Potassium 500 mg tb-cap	I010B	35,70 €
1111111100024	PENTACARINAT 300 MG 5 FLK	Pentamidine Isetionate 300 mg amp-flk	I130A	185,40 €
1111111100722	PENTACARINAT 300 MG 1*1 AMPUL	Pentamidine Isetionate 300 mg amp-flk	I130A	38,95 €
1111111100419	DAP (3-4 DIAMINO PURIDINE)20 MG 100	3-4 Diamino Pyridine 20 mg tb	I001A	117,70 €
1111111100830	TEPADINA 15 MG 1 AMP.	Thiotepa 15 mg amp	I168A	135,00 €
1111111100831	TEPADINA 100 MG 1 AMP.	Thiotepa 100 mg amp	I168B	810,00 €
1111111100832	VIDEX 400 MG 30 KAPS.	Didanosine 400 mg	I362A	149,49 €
1111111100833	DAP PENICILLINE KIT	Penicilline kit(PPL,MDM,PBS)	I363A	Kit PPL 39,00 € ve Kit MDM 39,00 €
1111111100834	MAGNESIUM VERLA N 200 DRAJE	Magnezyum	I268B	9,70 €
1111111100835	AquADEKs PEDIATRIC LIQUID 1x60 ML	Antioksidan özellikte multivitamin ve mineral desteği	I364A	22,75 €
1111111100836	ARGATRA 100 MG/2,5ML 1 AMP.	Argatroban 100 mg	I365A	208,75 €

1111111100837	FIBROGAMMIN 1250 IU 20 ML 1 FLK.	Faktör XIII 1250 I.U amp	I237B	698,60 €
1111111100838	REPLAGAL 3,5 MG 1 AMP.	agalsidase alpha 3,5 mg	I003A	1.907,00€
1111111100839	VPRIV 400 IU 1 FLK.	velaglycerase 400 IU	I366A	1.657,00 €
1111111100030	AMSIDYL 75 MG 6 AMP	Amsacrine 75 mg amp	I012A	650,00 €
1111111100028	AMSIDINE 75 MG 6 AMP	Amsacrine 75 mg amp	I012A	799,25 €
1111111100840	REFLUDAN 20 MG 10 AMP.	Leirudine 20 mg	I367A	242,00 €
1111111100841	ORGARAN 750 IU 10 AMP.	danaparoid sodyum 750 IU amp.	I266A	226,00 €
1111111100842	DAUNOBLASTIN 20 MG POWDER FOR INF 1 PC.	Daunorubicine citrate (liposomal) 20 mg	I368A	23,30 €
1111111100843	CIMETIDINE 200 MG 50 TB.	Cimetidine 200 mg	I369A	3,50 €
1111111100844	PERFADEX 1000 ML KORUMA SOLUSYONU	Perfadex koruma solusyonu 1000 ml	I370A	246,00 €
1111111100845	MONOBENZONE KREM %20 113,5 gG	Monobenzzone %20 krem	I115A	145,00 €
1111111100846	CIMAHER 5 MG/ML 4 AMP.	Nimotuzumab 5mg/ml	I371A	1.089,00 €
1111111100847	ISENTRESS 400 MG 60 TB.	Raltegravir 400 mg tb.	I330A	765,00 €
1111111100848	AMPYRA 10 MG 60 TB.	Dalfampridine 10 mg	I372A	825,00 €
1111111100810	ATGAM 50 MG/ML 5 ML. 5 AMP.	Lymphocyte IG 50 mg.	I227B	2.730,00 €
1111111100816	FİRAZYR 10 MG/ML.3 ML. ENJ.	Icatibant 10 mg/ml.enj.	I355A	1.695,00 €
1111111100339	MEPHYTON 5 MG 100 TB	Phytomenadione 5 mg tb	I138A	537,60 €
1111111100849	FRISIUM 10 MG 10 TB.	Clobazam 10 mg tb	I043A	2,50 €

LİSTE-3 / EK-5/A-2

FİYATLANDIRILMIŞ TIBBİ SARF MALZEMELERİ LİSTESİ		
SUT KODU	MALZEME ADI	FİYAT (KDV Hariç TL)
	DIĞER KARDİYOLOJİ MALZEMELERİ	
350.160	Ventriküler Destek Pompası (Kısa Süreli)	10.750,00
350.161	Ventriküler Destek Pompası (Uzun Süreli)	93.143,00

LİSTE-4 / EK-6

GÖRMEYE YARDIMCI TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ			
Sıra No	SUT KODU	ÇİFT OLARAK (KDV HARİÇ)	FİYAT (TL)
1	GZ.10000	SPH Plan 0-2 Beyaz 60 mm	10,16
2	GZ.10010	SPH Plan 0-2 Kolormatik 65 mm	12,20
3	GZ.10020	SPH Plan 0-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	61,02
4	GZ.10030	SPH Plan 0-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	61,02
5	GZ.10040	SPH Plan 0-2 Organik 65 mm	10,16
6	GZ.10050	SPH 2-4 Beyaz 60 mm	11,18
7	GZ.10060	SPH 2-4 Kolormatik 65 mm	15,25
8	GZ.10070	SPH 2-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	63,05
9	GZ.10080	SPH 2-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
10	GZ.10090	SPH 2-4 Organik 65 mm	17,29
11	GZ.10100	SPH 4-6 Beyaz 60 mm	14,42

12	GZ.10110	SPH 4-6 Kolormatik 65 mm	25,43
13	GZ.10120	SPH 4-6 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	65,09
14	GZ.10130	SPH 4-6 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
15	GZ.10140	SPH 4-6 Organik 65 mm	22,37
16	GZ.10150	SPH 6-8 Beyaz 60 mm	15,25
17	GZ.10160	SPH 6-8 Kolormatik 65 mm	28,48
18	GZ.10170	SPH 6-8 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
19	GZ.10180	SPH 6-8 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
20	GZ.10190	SPH 6-8 Organik 65 mm	30,50
21	GZ.10200	SPH 8-10 Beyaz 60 mm	20,34
22	GZ.10210	SPH 8-10 Kolormatik 65 mm	42,71
23	GZ.10220	SPH 8-10 Organik 65 mm	40,68
24	GZ.10230	SPH 10-13 Beyaz 60 mm	23,39
25	GZ.10240	SPH 10-13 Kolormatik 65 mm	52,88
26	GZ.10250	SPH 10-13 Organik 65 mm	50,84
27	GZ.10260	SPH 13-16 Beyaz 60 mm	25,43
28	GZ.10270	SPH 13-16 Organik 65 mm	76,27
29	GZ.10280	SPH 16-20 Beyaz 60 mm	28,48
30	GZ.10290	SPH 16-20 Organik 65 mm	76,27
31	GZ.10300	SPH 21 ve daha fazla Beyaz 60 mm	61,02
32	GZ.10310	SPH 21 ve daha fazla Organik 65 mm	76,27
33	GZ.10320	SPH/CYL 2-2 Beyaz 60 mm	14,23
34	GZ.10330	SPH/CYL 2-2 Kolormatik 65 mm	16,27
35	GZ.10340	SPH/CYL 2-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	71,18
36	GZ.10350	SPH/CYL 2-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
37	GZ.10360	SPH/CYL 2-2 Organik 65 mm	14,23
38	GZ.10370	SPH/CYL 4-2 Beyaz 60 mm	15,25
39	GZ.10380	SPH/CYL 4-2 Kolormatik 65 mm	16,27
40	GZ.10390	SPH/CYL 4-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	71,18
41	GZ.10400	SPH/CYL 4-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
42	GZ.10410	SPH/CYL 4-2 Organik 65 mm	20,34
43	GZ.10420	SPH/CYL 6-2 Beyaz 60 mm	18,30
44	GZ.10430	SPH/CYL 6-2 Kolormatik 65 mm	27,46
45	GZ.10440	SPH/CYL 6-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	71,18
46	GZ.10450	SPH/CYL 6-2 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
47	GZ.10460	SPH/CYL 6-2 Organik 65 mm	28,48
48	GZ.10470	SPH/CYL 8-2 Beyaz 60 mm	26,44
49	GZ.10480	SPH/CYL 8-2 Kolormatik 65 mm	45,77
50	GZ.10490	SPH/CYL 8-2 Biofokal progresif Beyaz 65 mm	71,18
51	GZ.10500	SPH/CYL 8-2 Organik 65 mm	35,59
52	GZ.10510	SPH/CYL 10-2 Beyaz 60 mm	28,48
53	GZ.10520	SPH/CYL 10-2 Kolormatik 65 mm	61,02
54	GZ.10530	SPH/CYL 10-2 Organik 65 mm	40,68
55	GZ.10540	SPH/CYL 13-2 Beyaz 60 mm	31,52
56	GZ.10550	SPH/CYL 13-2 Organik 65 mm	55,93
57	GZ.10560	SPH/CYL 16-2 Beyaz 60 mm	42,71

58	GZ.10570	SPH/CYL 16-2 Organik 65 mm	76,27
59	GZ.10580	SPH/CYL 20-2 Beyaz 60 mm	55,93
60	GZ.10590	SPH/CYL 20-2 Organik 65 mm	76,27
61	GZ.10600	SPH/CYL 21 ve daha fazla Beyaz 60 mm	61,02
62	GZ.10610	SPH/CYL 21 ve daha fazla Organik 65 mm	76,27
63	GZ.10620	SPH/CYL 2-4 Beyaz 60 mm	20,34
64	GZ.10630	SPH/CYL 2-4 Kolormatik 65 mm	30,50
65	GZ.10640	SPH/CYL 2-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
66	GZ.10650	SPH/CYL 2-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
67	GZ.10660	SPH/CYL 2-4 Organik 65 mm	36,61
68	GZ.10670	SPH/CYL 4-4 Beyaz 60 mm	25,43
69	GZ.10680	SPH/CYL 4-4 Kolormatik 65 mm	35,59
70	GZ.10690	SPH/CYL 4-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
71	GZ.10700	SPH/CYL 4-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
72	GZ.10710	SPH/CYL 4-4 Organik 65 mm	38,64
73	GZ.10720	SPH/CYL 6-4 Beyaz 60 mm	27,46
74	GZ.10730	SPH/CYL 6-4 Kolormatik 65 mm	44,75
75	GZ.10740	SPH/CYL 6-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
76	GZ.10750	SPH/CYL 6-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
77	GZ.10760	SPH/CYL 6-4 Organik 65 mm	44,75
78	GZ.10770	SPH/CYL 8-4 Beyaz 60 mm	30,50
79	GZ.10780	SPH/CYL 8-4 Kolormatik 65 mm	52,88
80	GZ.10790	SPH/CYL 8-4 Bifokal-Progresif Beyaz 65 mm	71,18
81	GZ.10800	SPH/CYL 8-4 Bifokal-Progresif Kolormatik 65 mm	76,27
82	GZ.10810	SPH/CYL 8-4 Organik 65 mm	52,88
83	GZ.10820	SPH/CYL 10-4 Beyaz 60 mm	35,59
84	GZ.10830	SPH/CYL 10-4 Organik 65 mm	61,02
85	GZ.10840	SPH/CYL 13-4 Beyaz 60 mm	42,71
86	GZ.10850	SPH/CYL 13-4 Organik 65 mm	66,10
87	GZ.10860	SPH/CYL 16-4 Beyaz 60 mm	50,84
88	GZ.10870	SPH/CYL 16-4 Organik 65 mm	76,27
89	GZ.10880	SPH/CYL 20-4 Beyaz 60 mm	55,93
90	GZ.10890	SPH/CYL 20-4 Organik 65 mm	76,27
91	GZ.10900	SPH/CYL 21 ve daha fazla Beyaz 60 mm	61,02
92	GZ.10910	SPH/CYL 2-6 Beyaz 60 mm	53,90
93	GZ.10920	SPH/CYL 2-6 Kolormatik 65 mm	52,88
94	GZ.10930	SPH/CYL 2-6 Organik 65 mm	76,27
95	GZ.10940	SPH/CYL 4-6 Beyaz 60 mm	55,93
96	GZ.10950	SPH/CYL 4-6 Kolormatik 65 mm	52,88
97	GZ.10960	SPH/CYL 4-6 Organik 65 mm	76,27
98	GZ.10970	SPH/CYL 6-6 Beyaz 60 mm	61,02
99	GZ.10980	SPH/CYL 6-6 Organik 65 mm	76,27
100	GZ.10990	SPH/CYL 8-6 Organik 65 mm	76,27
101	GZ.11000	SPH/CYL 10-6 Organik 65 mm	76,27
102	GZ.11010	Teleskopik Uzak tek *	555,00
103	GZ.11020	Teleskopik Uzak çift *	1110,00

104	GZ.11030	Teleskopik Yakın tek *	555,00
105	GZ.11040	Teleskopik Yakın çift *	1110,00
106	GZ.11050	Yakın Okuma kepi çift *	
108	GZ.11070	Prizmatik tek *	40,00
109	GZ.11080	Prizmatik çift *	80,00
110	GZ.11090	Kontakt Lens tek *	170,00
111	GZ.11100	Kontakt Lens çift *	340,00
112	GZ.11110	Çerçeve	35,00

* Sağlık Kurulu Raporuna istinaden verilecek göz malzemeleri

Yukarıdaki fiyatlara; Cam-İşçilik-Hizmet bedeli dahil olup KDV ayrıca ilave edilecektir.

LİSTE-5 / EK-9

TANIYA DAYALI İŞLEM LİSTESİ					
PAKET KODU	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	İŞLEM GRUBU	*	İŞLEM PUANI
P701031	Kriyoablasyon, supraventriküler	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz. Kriyoablasyon kateteri hariç	A3	*	1.929,51
P701041	Kriyoablasyon, ventriküler	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz, Kriyoablasyon kateteri hariç	A3	*	1.857,06
P701062	Kriyobalon ile ablasyon, atriyal fibrilasyon, pulmoner ven izolasyonu	P701010, P701011, P701030, P701040, P701060, P701061 ile birlikte faturalandırılmaz, Kriyobalon ve transeptal iğne ve set hariç	A3	*	1.414,84
P701063	Kompleks haritalama yöntemiyle yapılan Kriyoablasyon	P701010, P701011 ile birlikte faturalandırılmaz, kompleks haritalama kateteri/patchleri, kriyoablasyon kateteri hariç	A3	*	2.122,32

OMURGA AMELİYATLARINDA İMPLANT YERLEŞTİRME BİLGİLENDİRME FORMU

HASTALIKLARIN VE TEDAVİLERİNİN TANIMI

1- Spinal Dar Kanal:

Omurilik kanalının kireçlenmesi nedeniyle daralarak omurilik veya sinir dokuya bası yaparak bu yapıları sıkıştırması tablosudur.

Spinal dar kanal tedavisinde, ilgili mesafede (boyun, sırt ve bel bölgesinde olabilir) vücudun arka-orta kısmında cilt kesisi yapıp omurganın yan taraflarındaki kaslar sıyrılmaktadır. Omurgaların arka kısımları (=spinal proçes ve laminalar) çıkarılarak omuriliğe bası oluşturan kemik ve ligaman parçaları iyice temizlenmektedir. Şayet bu işlem sırasında stabilizasyon bozukluğu olduğuna karar verilirse stabilizasyon yapılmaktadır.

Ameliyat olunmadığı takdirde dar kanalın boyun, sırt ve belde yerleşim yerine göre kol ve bacaklarda kuvvet kayıpları (kısmi veya total felç tablosu), kol ve bacaklarda yanma, sızlama keçelenme gibi his kusurları, vücutta kramp girer tarz veya şimşek çakar tarz ağrılar, yürüme zorluğu, el ve kol ile iş yapamama, idrar ve gaita kaçırma-hissedememe gibi problemler yaşanabilmektedir.

2- Spondilolistezis:

Omurgalarda kayma olmasına denir. Omurgalar normalde düzgün bir şekilde boyundan bele kadar alt alta sıralanmıştır. 2 veya daha fazla omurgada kayma sonrasında omurga kemiklerinin arka bölümünde bulunan ve içerisinden omuriliğin geçtiği kanal devamlılığı bozulur ve bel ağrısından felç tablosuna kadar değişebilen problemlere neden olabilir.

Spondilolistezis tedavisinde, ilgili mesafede (boyun, sırt ve bel bölgesinde olabilir) vücudun arka-orta kısmında cilt kesisi yapıp omurganın yan taraflarındaki kaslar sıyrılmaktadır. Hastanın nörodefisiti varsa (felç, idrar kaçırma, kol ve bacakta uyuşmalar vb.), diske bağlı fitik nedeni ile sinir dokuya bası varsa omurgaların arka kısımları (=spinal proçes ve laminalar), duruma göre total veya kısmi çıkarılarak omuriliğe bası oluşturan kemik ve ligaman parçaları temizlenip her 2 taraftan diskektomi yapıp disk mesafesine kafes yerleştirilebilmektedir. Ardından stabilizasyon sistemleri ile omurga kayması düzeltilmeye çalışılmaktadır ve sinir doku rahatlatılmış şekilde posteriordan stabilizasyon yapılmaktadır.

Ameliyat olunmadığı taktirde omurgalar arasındaki kaymanın boyun, sırt ve belde yerleşim yerine göre kol ve bacaklarda kuvvet kayıpları (kısmi veya total felç tablosu), kol ve bacaklarda yanma, sızlama keçelenme gibi his kusurları, vücutta kramp girer tarz veya şimşek çakar tarz ağrılar, yürüme zorluğu, el ve kol ile iş yapamama, idrar ve gaita kaçırma-hissedememe gibi problemler yaşanabilmektedir. Hastanın ameliyata girmeden önceki nörolojik defisitlerinin düzelmesi güç olmakla birlikte zaman içerisinde daha da kötüye gidebilmektedir.

3- Omurganın Burst (=Patlama Tarzı) veya Kompresyon (=Kama Şeklindeki) Kırığı:

Omurgada çeşitli nedenlere bağlı olarak görülen kırıklar oluşabilir. Omurga cisminin ne yüzde kaçının komprese olduğu, omuriliğe bası olup olmadığı, nörolojik defisiti olup olmadığı önem arz etmektedir.

- Travmatik Omurga Kırığı: Kaza, düşme, çarpma sonrası oluşmaktadır.
- Omurga Tümörlerine Bağlı Patolojik Kırık: Omurganın kendinden kaynaklanan veya başka organlardan omurgaya sıçrayan tümörler bu tür omurga kırıklarına yol açmaktadırlar. Stabilizasyon ameliyatı için hastanın kalan yaşam süresi, tümörün natürü çok önemlidir.
- Osteoporoz (=Kemik Erimesi) Hastalığına Bağlı Omurga Kırığı: Özellikle yaşlı bayanlarda sıkça görülmektedir. Kemik metabolizmasında bozukluk olan insanlarda da görülebilmektedir.

Omurganın burst (=patlama tarzı) veya kompresyon (=kama şeklindeki) kırığı tedavisinde, omuriliğe bası olup olmaması, omurga cismindeki kompresyon yüzdesi, hastanın ağrı düzeyi, hastanın yaşı gibi faktörler değerlendirilmektedir. Üst ve alt omurgayı (veya omurgaları) da içerisine alacak şekilde stabilizasyon yapılabilmektedir.

Ameliyat olunmadığı taktirde omurgadaki kırığın boyun, sırt ve belde yerleşim yerine göre, kırık oluştuğunda meydana gelen nörodefisitinin ciddiyetine göre ve mevcut kırığın stabil-instabil olma durumuna göre kol ve bacaklarda kuvvet kayıpları (kısmi veya total felç tablosu), kol ve bacaklarda yanma, sızlama keçelenme gibi his kusurları, vücutta kramp girer tarz veya şimşek çakar tarz ağrılar, yürüme zorluğu, el ve kol ile iş yapamama, idrar ve gaita kaçırma-hissedememe gibi problemler yaşanabilmektedir. Bu ameliyatta asıl önemli olan kırık sonrasında sinir sistemi üzerindeki basıyı ortadan kaldırmak, instabil kırıkları sabitlemek ve ileriki dönemlerde kifositeye gidişi durdurmak veya yavaşlatmaktır. Ameliyat olunmaz ise hastanın ameliyata girmeden önceki nörolojik defisitlerinin düzelmesi güç olabilmekle birlikte zaman içerisinde daha da kötüye gidebilmektedir.

4- Omurganın Doğumsal veya Kazanılmış Anomalileri:

Omurgaların doğumsal veya sonradan oluşan anormallikleridir. Omurilik bası altında kalarak giderek artan kuvvet kaybı, idrar kaçırma, solunum problemleri, kol ve bacakta uyuşma tablolarına neden olmaktadır. Yakın takip sonrası stabilizasyon ameliyatı önerilebilmektedir.

Omurganın doğumsal veya kazanılmış anomalilerinin tedavisinde hastanın uzun dönem takibi, hastalığın gidişatının bilinmesi, hastanın nörolojik tablosunda bozulma olup olmadığı önemlidir. Hastanın omuriliğindeki bozukluk posterior stabilizasyon sistemleri kullanılarak düzeltilmektedir.

5- Tekrarlayan Disk Hernisi:

Birden fazla kez aynı mesafeden opere olan ve yine aynı mesafeden tekrarlayan disk hernilerinde (özellikle tekrarlayan bel fitiğinde) genellikle omurga stabilizasyonunda problem olduğu izlenmektedir. Bu nedenle stabilizasyon gerekebilmektedir.

Tekrarlayan lomber disk hernileri tedavisinde muhtemel stabilizasyon bozukluğu değerlendirildikten sonra her 2 taraftan disk boşaltıldıktan sonra ilgili segment veya segmentler posteriordan stabilize edilerek tedavi edilebilmektedir.

Ameliyat olunmadığı takdirde disk hernisinin boyun, sırt ve belde yerleşim yerine göre kol ve bacaklarda kuvvet kayıpları (kısmi veya total felç tablosu), kol ve bacaklarda yanma, sızlama keçelenme gibi his kusurları, vücutta kramp girer tarz veya şimşek çakar tarz ağrılar, yürüme zorluğu, el ve kol ile iş yapamama, idrar ve gaita kaçırma-hissedememe gibi problemler yaşanabilmektedir. Hastanın ameliyata girmeden önceki nörolojik defisitlerinin düzelmesi güç olmakla birlikte zaman içerisinde daha da kötüye gidebilmektedir.

Girişimin sonucunun % 100 olumlu olacağına dair bir garanti verilmediğinin farkındayım. Şu an öngörülmeven veya beklenmeyen bir durum olması halinde cerrahimin ve yardımcılarının yukarıda anlatılanlardan daha farklı bir müdahalede bulunmasını da kabul ediyorum.

ALTERNATİF TEDAVİLER

Omurga ameliyatlarında implant yerleştirme ameliyatlarına alternatif olan aşağıdaki seçenekleri değerlendirdim:

1. Her tür riski göze alıp omurgama implant yerleştirme ameliyatını yaptırmamak.
2. İlaç tedavisi yolu ile ağrı ve kas spazmını gidermeye çalışmak.
3. Bel ve sırt kaslarını güçlendirici egzersizler yapmak.
4. Fizik tedavi yöntemleri ile şikayetleri gidermeye çalışmak.
5. Steroid enjeksiyonu.
6. Faset eklem blokajı.

Cerrahim tarafından bana anlatılan diğer tedavi metodlarını da değerlendirdim. Bu alternatif metodların da avantaj ve dezavantajları bana anlatıldı.

AMELİYATIN RİSKLERİ

Yapılacak cerrahi uygulamanın faydaları yanısıra riskleri de mevcuttur. Bana yapılacak cerrahi uygulamalar sırasında ve sonrasında oluşabilecek tüm riskleri kabul ediyorum. Oluşabilecek risk ve komplikasyonların bazıları;

1. Anestezi riski: Lokal ve genel anestezi işlemleri esnasında ve sonrasında (ameliyatta hastaya verilen pozisyon nedeni ile) riskler vardır. Ayrıca anestezinin her şeklinde ve sedasyonda ilaçlara bağlı olabilen riskler ve komplikasyonlar mevcuttur.
2. Kanama: Çok nadir olsa da ameliyatım sırasında veya ameliyat sonrasında ileri derecede olabilecek bir kanama riskinin olabileceğinden haberdarım. Kanama durumunda ek bir tedaviye veya kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulabilir. Antienflamatuar ilaçların kullanımı kanama riskini artırabilir.
3. Kan Pıhtısı Oluşumu: Her tür ameliyat sonrası oluşabilir. Kanama bölgesinde oluşan pıhtılar kan akımını engelleyip, ağrı, ödem, inflamasyon veya doku hasarı gibi komplikasyonlara yol açabilir.
4. Omurilik Yaralanması: Çok nadir de olsa ameliyat sırasında omurilik yaralanmasına bağlı felç olabilir.
5. Kardiyak Komplikasyonlar: Ameliyatın, düzensiz kalp ritmine veya kalp krizine yol açma gibi düşük bir riski bulunmaktadır.
6. Ölüm: Çok nadir olsa da ameliyat esnasında veya sonrasında ölüm riski mevcuttur.
7. Ameliyatın Başarısız Olması: Omurgaya implant yerleştirme ameliyatından sonra ağrı, uyuşukluk, kas gücü kaybı veya diğer şikayetlerin giderilememe riski vardır.

8. Ağrı yakınmasında artış: Nadir de olsa ameliyat sonrasında ağrı şikayetinde artış olabilmektedir.
9. Enfeksiyon: Cilt kesi bölgesinde olabileceği gibi, ameliyat alanında, hatta ameliyat alanındaki kemikte de olabilir. Riskler arasında menenjit (beyin ve omuriliği saran zarın iltihabı), apse oluşumu da vardır.
10. Sinir Kökü Yaralanması: Sonucunda bacakta ağrı, ilgili kas gruplarında güçsüzlük ve ilgili dermatomlarda duyu bozukluğu ortaya çıkabilir.
11. Beyin Omurilik Sıvısı (BOS) Kaçağı Riski: Ameliyat sonrasında yara yerinden dış ortama BOS kaçağı oluşabilir. Bunun tedavisi için spinal kateter veya tekrar opere edilerek BOS kaçağı olan yerin tamiri yapılması gerekebilir.
12. Nüks: Ameliyat sonrasında tekrar semptomlar ortaya çıkabilir ve yeni bir operasyon gerekebilir.
13. Solunum Problemleri: Ameliyat sonrasında genelde geçici olan solunum problemleri veya pnömoni görülebilir. Pulmoner emboli (akciğerin damarlarının pıhtı ile tıkanması) görülebilir.

ÖNEMLİ HUSUSLAR

Allerji / Kullanılan İlaçlar: Ben hasta (veya birinci derece yakını olarak) bilinen tüm allerjilerim hakkında bilgi verdim. Ayrıca doktorumu, kullandığım reçeteli ilaçlar, reçetesiz satılan ilaçlar, bitkisel ilaçlar, diyet katkı maddeleri, kullanımı yasadışı ilaçlar, alkol ve uyuşturucular konusunda bilgilendirdim. Doktorum tarafından bu maddelerin ameliyat öncesi ve sonrası kullanımının etkileri bana anlatıldı ve önerilerde bulunuldu.

Tütün ve Tütün Mamülleri: Ameliyatımın öncesinde ve sonrasında tütün ve tütün mamülleri (sigara, nargile, puro, pipo vs.) içmemin iyileşme sürecimin uzamasına neden olacağı bana anlatıldı. Eğer bu maddelerden herhangi birini kullanırsam yara iyileşme sorunlarıyla ve solunum ile ilgili problemler ile daha büyük bir oranda karşılaşma riskim olduğunu biliyorum.

ONAM DOĞRULAMA

Dr. _____ ve yardımcılarını, Omurgama İmplant Uygulama Ameliyatı için yetkilendiriyorum. Bu girişimin yakınmalarımın ortadan kalkmasına yönelik ve sinir sisteminin işlevini koruma ya da iyileştirme niyeti ile yapıldığını anlıyorum. Doktorumun yukarıdaki tüm bilgileri açıkladığını, bu bilgileri anladığımı ve bu girişim ile ilgili tüm sorularımın yanıtladığını doğruluyorum. Bu tedavi anlaşmasını anladığımı ve aldığım açıklamalardan memnun olduğumu belgeliyorum. Bu nedenle Omurgama İmplant Uygulama Ameliyatı için doktorumun gerekli gördüğü farklı ya da ilave tüm ameliyat ve ek tedavi girişimlerine onam veriyorum.

Dokunun Kullanımı: Benim durumumu tedavi etmek için tıbbi tanıda gerekli olmayan herhangi bir doku, etik kurallar çerçevesinde etik komite tarafından incelenmiş ve araştırma onaylanmış olmak şartı ile tıbbi araştırma için kullanılabilir. Araştırma sonuçlarının hasta kimliğinin saklandığı sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim. Cerrahi işlem sırasında çıkarılmış olabilen herhangi bir doku, tıbbi aygıt ya da vücut kısımlarının kullanımına onam veriyorum.

Tıbbi Araştırma: Tıbbi çalışma, tıbbi araştırma ve doktor eğitiminin ilerletilmesi için medikal kayıtlarımdan klinik bilgilerin gözden geçirilmesine; hasta hakları yönetmeliğindeki hasta gizliliği kurallarına bağlı kalınması şartı ile onam veriyorum. Araştırma sonuçlarının hasta gizliliğini koruduğu sürece medikal literatürde yayınlanmasına onam veriyorum. Böyle bir çalışmaya katılmayı reddedebileceğimi ve bu reddin herhangi bir şekilde benim tedavimi olumsuz yönde etkilemeyeceğinin bilincindeyim.

Fotoğraf / İzleyiciler: Yapılacak ameliyatın, vücudumun uygun kısımları dahil olmak üzere; bilimsel, tıbbi ya da eğitim amacı ile fotoğraflanmasına ya da videoya kaydına, resimlerin kimliğimi ortaya koymaması şartıyla onam veriyorum. Aynı zamanda, tıbbi eğitimi geliştirmek yararına ameliyat esnasında ameliyat odasına nitelikli gözlemcilerin alınmasını onaylıyorum.

Toplam 6 (altı) sayfadan oluşan bu aydınlatılmış onam formunun içeriğini okudum ve anladım. Bu formdaki tüm boşluklar imzalamamdan önce dolduruldu ve bir kopyasını aldım.

Tarih: ___ / ___ / ___

Hastanın ve / veya yasal temsilcisinin Adı / Soyadı: _____ / _____

İmzası: _____

Doktorun Adı / Soyadı: _____ / _____

Doktorun çalıştığı kurum: _____

İmzası: _____

Tanık (hemşire / doktor) Adı / Soyadı: _____ / _____

Çalıştığı kurum: _____

İmzası: _____

toplantı takvimi 8

toplantı takvimi

Dr. Hasan Avcu

SPİNAL KONGRE VE SEMPOZYUMLAR

ORGANİZASYON	Merkez	Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi
2. ULUDAĞ NÖROŞİRÜRJİ KIŞ SEMPOZYUMU	Bursa	03.03.2011	06.03.2011
8. Nöropatik Ağrı Sempozyumu	Belek	11.03.2011	13.03.2011
2011 Spine Surgery Symposium	Florida	19.03.2011	
Global Spine Congress 2011	Barcelona	23.03.2011	26.03.2011
4th ISMISS CONGRESS (Minimal Invasive Spine Surgery and Interventional Treatments)	Antalya	01.04.2011	03.04.2011
TÜRK NÖROŞİRÜRJİ DERNEĞİ 25. BİLİMSEL KONGRESİ	Antalya	22.04.2011	26.04.2011
9. ULUSLARARASI TÜRK OMURGA KONGRESİ	İstanbul	27.04.2011	30.04.2011
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ İSTANBUL BULUŞMASI 2011	İstanbul	04.05.2011	07.05.2011
EFORT 2011	Copenhagen	01.06.2011	04.06.2011
European Section of the Cervical Spine Research Society 27th Annual Meeting 2011 (CSRS 2011)	İstanbul	08.06.2011	11.06.2011
PATHOLOGIES AND SURGICAL TECHNIQUES OF THE CERVICAL SPINE	Illinois	11.06.2011	
Annual Meeting Of International Society For The Study Of The Lumbar Spine	Göteborg	14.06.2011	18.06.2011
Spine Centers Of Excellence Conference	Dallas	22.06.2011	24.06.2011
Annual Conference For The Society For Progress & Innovation In The Near East	Beirut	22.06.2011	25.06.2011
Computer Assisted Radiology and Surgery - 25th International Congress and Exhibition 2011 (CARS 2011)	Berlin	22.06.2011	25.06.2011
AOSpine Masters Symposium - Degenerative Spine	Munich	30.06.2011	01.07.2011
2nd joint Symposium of the European Society of Neuroradiology and American Society of Spine Radiology 2011 (ESNR ASSR 2011)	Barcelona	01.07.2011	03.07.2011
Korean American Spine Society	California	07.07.2011	09.07.2011
National Neurotrauma Symposium	Hollywood	12.07.2011	
18th International Meeting On Advanced Spine Techniques (IMAST 2011)	Copenhagen	13.07.2011	16.07.2011
Cardiff Spinal Surgery Course For FRCS Orth And FRCS SN 2011	Cardiff	13.07.2011	14.07.2011
The 18th Scoliosis Research Society (SRS) International meeting on Advanced Spine Techniques	Gran Canaria	13.07.2011	16.07.2011
Cleveland Spine Review: Hands-On 2011	Cleveland	13.07.2011	19.07.2011
AOSpine Advanced Course - Dealing With Adversity In Spine Surgery	Johannesburg	25.07.2011	31.07.2011

ORGANİZASYON	Merkez	Başlama Tarihi	Bitiş Tarihi
The 18th Advanced Techniques In Cervical Spine Decompression And Stabilization	St.Louis	11.08.2011	13.08.2011
2011 UCSF PRACTICAL COURSE IN ADVANCED SPINAL TECHNIQUES	Las Vegas	11.08.2011	13.08.2011
5th International Whiplash Trauma Congress 2011 (IWTC 2011)	Lund	24.08.2011	28.08.2011
XXVth SICOT Triennial World Congress With ISMISS Scientific Session	Prague	06.09.2011	09.09.2011
Spine CME Cervical Live 2011	St.Louis	08.09.2011	09.09.2011
1st Oxford Early Onset Scoliosis Meeting 2011	Oxford	08.09.2011	09.09.2011
AOSpine Principles Course - Spinal Trauma	Warsaw	08.09.2011	10.09.2011
JOHNS HOPKINS SPINE WORKSHOP	Maryland	09.09.2011	10.09.2011
International NeuroSpinal Surgeons Conference - Spine 2011	Bangalore	09.09.2011	11.09.2011
Scoliosis Research Society 46th Annual meeting & Combined Course	Louisville	15.09.2011	17.09.2011
Complex Spine: Anatomy And Instrumentation	St.Louis	21.09.2011	22.09.2011
Spine Dissection	Sparsör	22.09.2011	24.09.2011
61ST ANNUAL MEETING OF THE CONGRESS OF NEUROLOGICAL SURGEONS (CNS)	Washington	01.10.2011	06.10.2011
AOSpine Principles Course - Cervical Trauma	Utrecht	06.10.2011	
EuroSpine 2011	Milan	19.10.2011	21.10.2011
Society For Minimally Invasive Spine Surgery	Las Vegas	21.10.2011	23.10.2011
AOSpine Principals—Trauma Workshop And Cadaveric Lab	Cairo	23.10.2011	26.10.2011
AOSpine Principles Course - Spinal Trauma	Istanbul	28.10.2011	29.10.2011
26th Annual Meeting North American Spine Society	Chicago	01.11.2011	05.11.2011
EANS CME Spine Course, Part I - Cervical Spine	Leiden	15.11.2011	18.11.2011
6th Oswestry Spinal Trauma Symposium	Oswestry	16.11.2011	18.11.2011
AOSpine Masters Symposium - Spinal Trauma	Prague	17.11.2011	18.11.2011
Current And Emerging Issues In Complex Lumbar Spine Surgery	St.Louis	17.11.2011	19.11.2011
AOSpine Advances Symposium—Screw Fixation Of The Spine, Art And Science	Pamplona	18.11.2011	19.11.2011
5th Asia Pacific Cervical Spine Society Conference	Kuta Beach	23.11.2011	26.11.2011
5th Minimally Invasive Spinal Surgery And Navigation – Hands-on Symposium	New York	01.12.2011	03.12.2011
Cervical Spine Research Society Annual Meeting	Scottsdale	08.12.2011	10.12.2011
DEGENERATIVE LUMBAR SPINE : PRESENT & FUTURE	Brussels	08.12.2011	09.12.2011