

KIRMIZI REÇETEYE TABİ İLAÇLAR

İLAÇ ADI	ATC ADI	BİR KIRMIZI REÇETEYE YAZILABİLECEK MAKSİMAL DOZ	AÇIKLAMA
ACTIQ 200 MCG OROMUKOZAL APLİKATORLU 3 PASTİL	fentanyl	4 kutu	
ACTIQ 400 MCG OROMUKOZAL APLİKATORLU 3 PASTİL	fentanyl	2 kutu	
ACTIQ 800 MCG OROMUKOZAL APLİKATORLU 3 PASTİL	fentanyl	2 kutu	
ALDOLAN 100 MG/ 2 ML 5 AMPUL	pethidine	3 kutu (3 aylık)	*Kronik ağrı tedavisinde kullanımı kontrendikedir. *Akut ağrı tedavisinde 5 günden daha uzun süre kullanımı uygun değildir.
ALDOLAN 100 MG/2 ML 25 AMPUL	pethidine	1 kutu (3 aylık)	*3 (üç) aydan önce tekrar reçete edilemeyecektir.
CONCERTA 18 MG 30 KONT. SALIM TABLETİ	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	*Çocuk ve ergen psikiyatristleri ve yetişkin psikiyatristleri tarafından reçete edilebilecektir.
CONCERTA 27 MG 30 KONT. SALIM TABLETİ	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	*Bir kırmızı reçeteye aynı dozdan 2 kutu olmak şartıyla Concerta Kontrollü Salım Tabletler ile Ritalin 10 mg 30 Tablet ya da Medikinet 10 mg 30 Tablet en fazla 2 kutu beraber yazılabilecektir.
CONCERTA 36 MG 30 KONT. SALIM TABLETİ	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	*Günlük 72 mg /gün doz kullanması gereken hastalarda 3 imzalı bir rapora istinaden Concerta 36 mg Kontrollü Salım Tableti adlı ilaç bir kırmızı reçeteye 2 aylık tedavi için 4 kutu reçete edilebilir.
CONCERTA 54 MG 30 KONT. SALIM TABLETİ	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	*Medikinet Retard Kapsül formları ile Concerta Kontrollü Salım Tablet formları birlikte reçete edilemez.
DUROGESIC 100 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	1 kutu	*150 mcg'lık miktar aşılmamak kaydıyla, bir reçeteye bu ilacın farklı dozlar içeren miktarları yazılabilecektir.
DUROGESIC 12 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	6 kutu	*Reçeteler, aksi geçerli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 (on) günden önce tekrarlanamayacaktır.
DUROGESIC 25 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	6 kutu	*150 mcg üzerinde kullanım ihtiyacı olan hastalar için; hastanın klinik toleransı ve ağrı kontrolüne bağlı olarak 400 mcg/72 saat aşılmaması şartıyla, gerekçeyi belirtir 3 imzalı bir rapora istinaden, kansere bağlı ağrıların kontrolünde bir kırmızı reçeteye 15 (onbeş) günlük gerekli doz yazılabilecektir.
DUROGESIC 50 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	3 kutu	
DUROGESIC 75 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	2 kutu	
FENTANYL 0,05 MG/ML 10 ML IV 50 AMPUL	fentanyl	1 kutu	
FENTANYL 0,05 MG/ML 2 ML IV 50 AMPUL	fentanyl	1 kutu	
FENTANYL CITRATE 50 MCG/ML 10 ML ENJEKTABL COZELTI ICEREN FLAKON	fentanyl	3 flakon	
FENTANYL CITRATE 50 MCG/ML 2 ML 10 AMPUL	fentanyl	1 kutu	
FENTANYL CITRATE BP ANTIGEN IV ENJ. SOL 0,5 MG/10 ML 10 AMPUL	fentanyl	1 kutu	
FENTANYL CITRATE BP ANTIGEN IV ENJ. SOL. 0,1 MG/2 ML 10 AMPUL	fentanyl	1 kutu	
FENTANYL MERCURY IV ENJEKTABL SOL İÇEREN 0.1 MG/ 2 ML 10 AMP	fentanyl	1 kutu	
FENTANYL MERCURY IV ENJEKTABL SOL İÇEREN 0.5 MG/ 10 ML 10 AMP	fentanyl	1 kutu	

JURNISTA 4 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TABLET	hydromorphone	1 kutu (28 günlük)	
JURNISTA 8 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TABLET	hydromorphone	1 kutu (28 günlük)	
JURNISTA 16 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TABLET	hydromorphone	1 kutu (28 günlük)	
JURNISTA 32 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TABLET	hydromorphone	1 kutu (28 günlük)	
JURNISTA 64 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TABLET	hydromorphone	1 kutu (28 günlük)	
MEDIKINET 10 MG 30 TABLET	methylphenidate	12 kutu (2 aylık)	*Çocuk ve ergen psikiyatristleri ve yetişkin psikiyatristleri tarafından reçete edilebilecektir.
MEDIKINET RETARD 10 MG 30 KAPSUL	methylphenidate	4 kutu (2 aylık)	*Medikinet Retard Kapsül formları toplam maksimum doz 60 mg/gün'ü ve 30 tabletlik ambalaj şekli için toplam dört kutuyu geçmeyecek şekilde birlikte reçete edilebilir.
MEDIKINET RETARD 20 MG 30 KAPSUL	methylphenidate	4 kutu (2 aylık)	*Uzun etkili olmayan Metilfenidat HCl içeren ilaçlar (konvansiyonel tabletler) ve uzun etkili Medikinet formlarının aynı reçeteye toplam maksimum doz 60 mg/gün'ü ve her iki formun toplamı; 30 kapsüllük ambalaj şekilleri için dört kutuyu geçmeyecek şekilde birlikte reçete edilebilir.
MEDIKINET RETARD 30 MG 30 KAPSUL	methylphenidate	4 kutu (2 aylık)	*Uzun etkili olmayan Metilfenidat HCl içeren ilaçların (konvansiyonel tabletlerin) farklı formları aynı reçeteye toplam maksimum doz 60 mg/gün'ü ve her iki formun toplamı; 30 tabletlik ambalaj şekilleri için 12 kutuyu geçmeyecek şekilde reçete edilebilir.
MEDIKINET RETARD 40 MG 30 KAPSUL	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	*Ayrıca Medikinet Retard Kapsül formları ile Concerta Kontrollü Salım Tablet formları birlikte reçete edilemez.
MEDIKINET RETARD 5 MG 30 KAPSUL	methylphenidate	4 kutu (2 aylık)	
MEDIKINET 5 MG 30 TABLET	methylphenidate	4 kutu (1 aylık)	
MEDIKINET 20 MG 30 TABLET	methylphenidate	6 kutu (2 aylık)	
M-ESLON 10 MG 21 MIKROPELLET KAPSUL	morphine	12 kutu	
M-ESLON 100 MG 7 MIKROPELLET KAPSUL	morphine	3 kutu	*Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 10 günlük dozu ifade eder.
M-ESLON 30 MG 14 MIKROPELLET KAPSUL	morphine	6 kutu	*10 günden önce reçete tekrarlanamaz.
M-ESLON 60 MG 7 MIKROPELLET KAPSUL	morphine	6 kutu	
MORFIA 15 MG 30 TABLET	morphine	6 kutu	*Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 10 günlük dozu ifade eder. 10 günden önce reçete tekrarlanamaz.
MORFIA 30 MG 30 TABLET	morphine	3 kutu	*Üç imzalı rapora istinaden günlük 400 mg'a kadar en fazla 1 aylık doz için Morfia 15 mg 30 Tablet en fazla 27 kutu, Morfia 30 mg 30 Tablet en fazla 14 kutu reçete edilebilecektir.
MORFIN HIDROKLORUR 0,01 GR/1 ML 1MLx10 AMP	morphine	3 kutu	* Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 5 günlük dozu ifade eder.
MORFIN HIDROKLORUR 0,02 G 1 ML 5 AMPUL	morphine	3 kutu	*Aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 5 günden önce reçete tekrarlanamaz.
MORPHINE HCL 0,01 GR 10 AMPUL	morphine	3 kutu	
MORPHINE HCL 0,02 GR 5 AMPUL	morphine	3 kutu	
OXOPANE 10 MG 56 KAPSUL	oxycodone	3 kutu (1 aylık)	*1 aylık kullanımda daha yüksek doz gerektiren durumlar için ilgili hekim raporu gerekmektedir.
OXOPANE 20 MG 56 KAPSUL	oxycodone	2 kutu (1 aylık)	
OXOPANE 5 MG 28 KAPSUL	oxycodone	9 kutu (1 aylık)	
OXOPANE 5 MG 56 KAPSUL	oxycodone	5 kutu (1 aylık)	

PETHIDINE ANTIJEN INJ. 100 MG 10 AMPUL	pethidine	2 kutu (3 aylık)	*Kronik ağrı tedavisinde kullanımı kontrendikedir. *Akut ağrı tedavisinde 5 günden daha uzun süre kullanımı uygun değildir. *3 (üç) aydan önce tekrar reçete edilemeyecektir.
RAPIFEN 0,5 MG 10 ML 5 AMPUL	alfentanil	1 kutu	
RAPIFEN 0,5 MG 2 ML 5 AMPUL	alfentanil	1 kutu	
RITALIN 10 MG 30 TABLET	methylphenidate	12 kutu (2 aylık)	*Çocuk ve ergen psikiyatristleri ve yetişkin psikiyatristleri tarafından reçete edilebilecektir. *Bir kırmızı reçeteye aynı dozdan 2 kutu olmak şartıyla Concerta Kontrollü Salım Tabletler ile Ritalin 10 mg 30 Tablet ya da Medikinet 10 mg 30 Tablet en fazla 2 kutu beraber yazılabilecektir. *Uzun etkili olmayan Metilfenidat HCl içeren ilaçlar (konvansiyonel tabletler) ve uzun etkili Medikinet formlarının aynı reçeteye toplam maksimum doz 60 mg/gün'ü ve her iki formun toplamı; 30 kapsüllük ambalaj şekilleri için dört kutuyu geçmeyecek şekilde birlikte reçete edilebilir. *Uzun etkili olmayan Metilfenidat HCl içeren ilaçların (konvansiyonel tabletlerin) farklı formları aynı reçeteye toplam maksimum doz 60 mg/gün'ü ve her iki formun toplamı; 30 tabletlik ambalaj şekilleri için 12 kutuyu geçmeyecek şekilde reçete edilebilir.
SUBOXONE 2 MG/0,5 MG 28 DILALTI TABLET	buprenorphine, combinations	6 kutu (14 günlük)	*Rapora istinaden erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından reçeteye edilebilecektir. *Rapor; kamu kurum ve kuruluşları ile özel hastaneler bünyesinde bulunan ayaktan ve yatarak erişkin ve çocuk-ergen madde bağımlılığı tedavi merkezleri tarafından verilecektir. *Bir kırmızı reçeteye yazılabilecek maksimum doz; Suboxone 2 mg/0.5 mg 28 Dilaltı Tablet için 6 kutu, Suboxone 8 mg/2 mg 28 Dilaltı Tablet için 2 kutu olup, her bir farmasötik form için kırmızı reçete 14 günden önce tekrarlanamayacaktır.
SUBOXONE 8 MG/2 MG 28 DILALTI TABLET	buprenorphine, combinations	2 kutu (14 günlük)	* İdame tedavisinde her kırmızı reçeteye; reçeteyi yazan hekim tarafından "yapılan idrar tahlilinde opiyat negatif çıkmıştır" ifadesi yazılacaktır. Ancak, her bir detoksifikasyon tedavisinde sadece ilk reçetede detoks amaçlı adı geçen ilaçlar yazılacağı için bu hususun reçetede belirtilmesi kaydıyla "yapılan idrar tahlilinde opiyat negatif çıkmıştır" ifadesine gerek olmayacaktır.
SUFENTA 5 MCG/10 ML 5 AMPUL	sufentanil	1 kutu	
SUFENTA 5 MCG/2 ML 5 AMPUL	sufentanil	1 kutu	
TALINAT 0,1MG/2ML 10 AMPUL	fentanyl	1 kutu	
TALINAT 0,5MG/10ML 1 AMPUL	fentanyl	3 kutu	

ULTIVA 2 MG 5 FLAKON	remifentanil	1 kutu	
ULTIVA 5 MG 5 FLAKON	remifentanil	1 kutu	
XYREM ORAL ÇÖZELTİ 500 MG/ML	sodium oxybate	9 kutu (3 aylık/ Raporlu)	*Polisomnografi ve MSLT ile tanısı konulup sadece nöroloji uzmanları tarafından ve üç uzman hekimin imzası bulunan ilaç kullanım raporu ile reçete edilebilecektir. *Onaylanan risk yönetim planı doğrultusunda eczanelerde ve ecza depolarında bulunmamak kaydıyla, sözleşmeli kuruluş temsilcisi tarafından hastaya eczanede "Xyrem için Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu" eşliğinde teslim edilmek suretiyle üç aylık rapor için en fazla 9 (dokuz) kutu ilaç hastaya verilebilir.
MAJİSTRAL REÇETELER İÇİN HAMMADDELER	DİĞER ADI	BİR KIRMIZI REÇETEYE YAZILABİLECEK MAKSİMİL DOZ	AÇIKLAMA
DİONİN (ETİL MORFİN)	dionine (ethylmorphine)	375 mg	*Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 10 günlük dozu ifade eder.
KODEİN	codeine	1000 mg	*Aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce reçete tekrarlanamaz.
KODEİN FOSFAT	codeine phosphate	1400 mg	
OPİUM TOZU	poudre d'opium	1250 mg	
NOT: Yukarıda sadece uzman hekimlerin yazabileceği belirtilen ilaçları, Üniversite Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde ilgili branşlarda ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler de reçete edebilir.			