



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADANA ECZACILIK
TIBBİ CİHAZ VE BİYOMEDİKAL BİRİMİ
08/07/2019 12:42 - 60247264 - 513 99 - E 984



TEB 4. BÖLGE ADANA ECZACI ODASI	
Evrak Kayıt Tarihi	09.07.2019
Evrak Kayıt No	1315

Sayı : 60247264-513.99
Konu : Kırmızı Reçeteye Tabi İlaç Listesi
Hk.

4. BÖLGE ADANA ECZACI ODASI BAŞKANLIĞINA

Bakanlığımız Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun internet sitesinde 05.07.2019 tarihinde yayınlanan duyurusunda 2016/3 sayılı Genelge kapsamında düzenlenmekte olan "Kırmızı Reçeteye Tabi İlaç Listesi" güncellenmiş olup, güncel liste yazımız ekinde gönderilmiştir.İlgili güncellemenin tüm üyelerinize duyurulması hususunu;

Önemle rica ederim.

e-imzalıdır.
Dt. Süleyman DİLEK
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek: Kırmızı Reçeteye Tabi İlaçlar

KIRMIZI REÇETEYE TABİ İLAÇLAR

İLAÇ ADI	ATC ADI	BİR KIRMIZI REÇETEYE YAZILABİLECEK MAKSİMAL DOZ	AÇIKLAMA
ABSTRAL 100 MCG 10 DILALTI TABLET	fentanyl	3 kutu	*Tek uzman hekim raporu olmak kaydıyla aynı farmasötik dozaj formundan ilave 3 (üç) kutu daha reçete edilebilecektir.
ABSTRAL 200 MCG 10 DILALTI TABLET	fentanyl	3 kutu	*Gerekli olduğu durumlarda raporda gerekçesi belirtilmek kaydıyla toplam 6 (altı) kutuyu geçmeyecek şekilde farklı bir farmasötik dozaj formu da reçete edilebilecektir.
ABSTRAL 400 MCG 10 DILALTI TABLET	fentanyl	3 kutu	
ABSTRAL 800 MCG 10 DILALTI TABLET	fentanyl	3 kutu	
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. *Günlük 72 mg /gün doz kullanması gereken 13 yaş ve üzeri hastalarda 3 imzalı bir rapora istinaden Concerta 36 mg Kontrollü Salım Tablet adlı ilaç bir kırmızı reçeteye 2 aylık tedavi için 4 kutu reçete edilebilecektir. *Medikinet Retard Kapsül formları ile Concerta Kontrollü Salım Tablet formları birlikte reçete edilemez.
CONCERTA 27 MG 30 KONT. SALIM TABLETİ	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	
CONCERTA 36 MG 30 KONT. SALIM TABLETİ	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	
CONCERTA 54 MG 30 KONT. SALIM TABLETİ	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	
DUROGESIC 100 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	1 kutu	*150 mcg'lık miktar aşmamak 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 aşılması şartıyla,
DUROGESIC 50 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	3 kutu	*Gerekçeyi belirtir 3 imzalı bir rapora istinaden, kansere bağlı ağrılarının kontrolünde bir kırmızı reçeteye 15 (onbes) günlük gerekli doz

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5774-c6c2-c0a6-45da-bb9b-4ba1d80865e kodu ile erişebilirsiniz.

M. G. G. 5076 Sayılı Elektronik İmza Kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

DUROGESIC 75 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	2 kutu	yazılabilecektir.
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 yetişkinlerde (18 yaş ve üzeri) 3 imzalı bir rapora istinaden toplam maksimum doz 80 mg/gün'ü ve 30 tabletlik ambalaj şekli için toplam dört kutuyu geçmeyecek şekilde birlikte reçete edilebilecektir.
MEDIKINET RETARD 20 MG 30 KAPSUL	methylphenidate	4 kutu (2 aylık)	*Medikinet Retard Kapsül formları çocuklarda (6-17 yaş) maksimum doz 60 mg/gün'ü geçmeyecek şekilde reçete edilebilecektir.
MEDIKINET RETARD 30 MG 30 KAPSUL	methylphenidate	4 kutu (2 aylık)	*Uzun etkili olmayan Metilfenidat HCl içeren ilaçların 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 edilebilecektir.
MEDIKINET RETARD 40 MG 30 KAPSUL	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	
MEDIKINET RETARD 5 MG 30 KAPSUL	methylphenidate	4 kutu (2 aylık)	*Ayrıca Medikinet Retard Kapsül formları ile Concerta Kontrollü Salım Tablet formları birlikte reçete edilemez.
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	
M-ESLON 30 MG 14 MIKROPELLET KAPSUL	morphine	6 kutu	
M-ESLON 60 MG 7 MIKROPELLET KAPSUL	morphine	6 kutu	*Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 10 günlük dozu ifade eder. *10 günden önce reçete tekrarlanamaz.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5 / 74cc2-c0a0-43da-bb9b-4ba11d80865e kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

MORFIA 15 MG 30 TABLET	morphine	6 kutu	*Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 10 günlük dozu ifade eder. 10 günden önce reçete tekrarlanamaz. *Üç hekim 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.
MORFIA 30 MG 30 TABLET	morphine	3 kutu	
MORFIA CR 15 MG 20 FILM TABLET	morphine	9 kutu	*Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 10 günlük dozu ifade eder. 10 günden önce reçete tekrarlanamaz. **Üç hekim imzalı rapora istinaden günlük 400 mg'a kadar en fazla 1 aylık doz için, kontrollü salım sağlayan formda olduklarından 12 saatte bir kullanım koşulu sabit kalmak kaydıyla, Morfia CR 15 mg 20 Film Tablet en fazla 18 kutu, Morfia CR 30 mg 20 Film Tablet en fazla 9 kutu, Morfia CR 60 mg 20 Film Tablet en fazla 9 kutu ve Morfia CR 100 mg 20 Film Tablet en fazla 6 kutu reçete edilebilecektir.
MORFIA CR 30 MG 20 FILM TABLET	morphine	4 kutu	
MORFIA CR 60 MG 20 FILM TABLET	morphine	2 kutu	
MORFIA CR 100 MG 20 FILM TABLET	morphine	1 kutu	
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.
PETHOLAN 100 MG/2 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMPUL	pethidine	3 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	
RENTANIL 2 MG ENJEKSİYONLUK LIYOFİLİZE TOZ ICEREN FLAKON	remifentanil	1 kutu	
RENTANIL 5 MG ENJEKSİYONLUK LIYOFİLİZE TOZ ICEREN FLAKON	remifentanil	1 kutu	

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5774c6c2-c0a6-45da-bb9b-4ba11d80865e kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

RITALIN 10 MG 30 TABLET	methylphenidate	12 kutu (2 aylık)	*Çocuk ve ergen psikiyatristleri ve yetişkin psikiyatristleri tarafından reçete edilebilecektir. *Uzun etkili olmayan Metilfenidat HCl içeren ilaçların farklı formları aynı reçeteye toplam maksimum doz 60 mg/gün'ü; 30 tabletlik ambalaj şekilleri için 12 kutuyu geçmeyecek şekilde reçete edilebilir.
SUBOXONE 2 MG/0,5 MG 28 DILALTI TABLET	buprenorphine, combinations	6 kutu	*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; günlük maksimum 24 mg aşılmamak kaydıyla her iki farmasötik dozaj formu birlikte reçete edilebilecektir. Hesaplamalar renkli reçete sistemi tarafından yapılacaktır. * 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.
SUBOXONE 8 MG/2 MG 28 DILALTI TABLET	buprenorphine, combinations	2 kutu	
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 REÇETEEYE YAZILABİLECEK MAKSİMAL DOZ	AÇIKLAMA

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5774c6c2-c0a6-45da-bb9b-4ba1d8086746 ile ulaşabilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

DİONİN (ETİL MORFİN)	dionine (ethylmorphine)	375 mg	*Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 10 günlük dozu ifade eder. *Aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce reçete tekrarlanamaz.
KODEİN	codeine	1000 mg	
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.

Güncellenme Tarihi: 05.07.2019

Güncelleme Notu: 05.07.2019 güncellemesinde Morfia CR Tablet adlı ilaçlara ilişkin açıklama bölümü düzenlenmiştir.