**21 Mart 2018 tarih 30367 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan ve**

**31 Mart 2018 tarihi itibariyle geçerli olacak olan**

**SUT değişikliği için aşağıdaki durumlara dikkat edilmesi gerekmektedir.**

**4.2.1.C -1 ‘Anti-TNF ilaçlar’ maddesinde yapılan değişikliklere göre;**

(1) Erişkin ve juvenil romatoid artirit,

b) Juvenil romatoid artiritli hastalarda,

1)NSAİ ve/veya methotrexat ile 3 aylık tedavi sonunda ACR pediatrik 30 yanıtı alınamamış ise bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak Anti-TNF ilaçlarla tedaviye başlanabilir.

2) Adalimumabın flakon **(HUMİRA)** formunun yalnızca, bir veya daha fazla hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilacı en az 3 ay kullanmış olmasına rağmen ACR pediatrik 30 yanıtı alınamamış olan üveit eşlik eden aktif poliartiküler jüvenil idiyopatik artiritli 2-17 yaşları arası çocuk ve adölesan hastalarda methotrexat ile kombine olarak tedaviye başlanılarak kullanılması halinde bedeli kurumca karşılanır. Adalimumabın flakon formunun methotrexata karşı intolerans gelişmesi durumunda veya methotrexat ile tedaviye devam edilmesinin uygun olmadığı durumlarda monoterapi olarak kullanılması halinde bedeli kurumca karşılanır.

3) İlaca başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede ACR pediatrik 30 yanıtının alınması halinde, bu durumun yeni düzenlenecek 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile tedaviye devam edilir. Bu raporun süresi sonunda hastanın ACR pediatrik cevap kriteri 50 ve üzerinde olması halinde bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında ACR pediatrik cevap kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve ACR pediatrik cevap kriteri her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen ACR pediatrik cevap kriteri 50’ye ulaşmayan hastalarda anti-TNF tedavisine devam edilmez.

(10) Crohn hastalığında adalimumabın flakon formunun kullanılması halinde bedeli kurumca karşılanmaz.

**4.2.1.C-4 ‘Ustekinumab’ maddesinde yapılan değişikliğe göre; (STELARA)**

(2) En az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı üçer ay süre ile uygun dozda kullanmış ve sonrasında en az bir anti-TNF ajanı 3 ay süreyle kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (bir ay arayla yapılmış iki ayrı muayenede en az üç hassas eklem ve en az üç şiş eklem olması) aktif psöriatik artritli yetişkin hastaların tedavisine en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır.

a) Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede yeterli cevap alınması halinde (psöriyatik artrit yanıt kriterlerine (PSARC) göre yanıt alınması), bu durumun belirtildiği 6 ay süreli yeni düzenlenecek sağlık kurulu raporu ile tedaviye devam edilir. Yanıt alınamaması halinde tedavi sonlandırılır.

 b) Bu durumların belirtildiği romatoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak, romatoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli kurumca karşılanır.

**4.2.6.A - Büyüme hormonu bozukluklar**

**Ek 4.2.6.A-3- Turner sendromunda;**

(1) Epifiz hatları açık olan, klinik ve genetik olarak turner sendromu tanısı almış hastalarda, en az bir çocuk endokrinoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile çocuk endokrinoloji uzman hekimince reçete edilmesi halinde büyüme hormonu bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor en fazla 1 yıl süreyle geçerli olup, raporda ilacın kullanım dozu, uygulama planı, süresi ve başlama kriterleri belirtilir.

 (2) Aşağıdaki kriterlerin herhangi biri sağlandığında tedavi sonlandırılır:

 a) Epifiz hattı kapandığında.

 b) Yıllık büyüme hızı 4 cm. ve altında olduğunda.

c) Boy uzunluğu 155 cm.’ ye ulaştığında.

 ç) Kemik yaşı 14’ e ulaştığında.

**4.2.9 .Ç - Cinacalcet kullanım ilkeleri (MİMPARA,PİMARO,VİSCAP,NEFROSET,KALSİSET,CYNACAL,CİNESET)**

(1) Hemodiyaliz ya da periton diyaliz tedavisi altında bulunan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri **≥8,5 mg/dl**, parathormon (PTH) düzeyi 700 pg/ml ve üzerinde olduğu belgelenen hastalarda cinacalcet tedavisi başlanabilir.

(2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri ≤8,4 mg/dl olanlarda cinacalcet tedavisi kesilir.

**4.2.10 Lizozomal hastalıklar için tedavi ilkeleri**

**4.2.10.B Febry hastalığı tedavi esesları**

**4.2.10.B-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları**

 (1) Hasta adına, en az biri çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma uzman hekimi olmak kaydıyla; gastroenteroloji veya nöroloji veya nefroloji uzman hekimlerince düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. Raporda; teşhis, başlangıç ve devam kriter/kriterleri ile ilgili tüm bilgiler yer alır. Rapor süresi 6 aydır.

**4.2.10.C Mukopolisakkarizdoz Tip I- II ve VI hastalığı tedavi esasları**

**4.2.10.C-2 - Rapor ve reçeteleme koşulları**

(1) 72 ay üzeri çocuk ve erişkin hastalar için; çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerinin 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 çocuk metabolizma veya endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya metabolizma hastalıkları uzman hekimlerince, bu hekimlerin bulunmadığı yerlerde ise çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçete düzenlenir.

(2) 72 ay altı çocuk hastalar için; çocuk metabolizma, çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları 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.

 **4.2.12.B – Spesifik olmayan/ gamma/ polivalan immünglobulinler (IVIg ve subcutan immunglobulinler)**

e) Nörolojik hastalıklardan; myastenik kriz, limbik ensefalit, opsoklonus- myoklonus, eaton lambert sendromu, rasmussen ensefaliti, stiff person sendromunda **nöroloj uzman hekimleri** tarafından,

 f) Kronik inflamatuvar polinöropati (CIDP) ve multifokal motor nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında **nöroloji uzman hekimleri** tarafından **1 yıl süreyle düzenlenen** uzman hekim raporuna istinaden ilgili uzman hekimlerce, reçete edilebilir. (Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı onayı aranmaz.)

**4.2.13.1 - Kronik Hepatit B tedavisi**

(7) Kronik hepatit B tedavisinde daha önce kullanılan ilaçlar, tanı, tedaviye başlama ve kesilme kriterleri gibi bilgilerin raporda belirtilmesi gerekmektedir.

 **Ek** (8) Oral antiviral tedavilerde ilk rapor süresi en fazla 6 ay, sonraki rapor süreleri bir yılı geçemez.

**4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar;**

(1) Fotemustin**(MUPHORAN)**, gefinitib, interleukin-2**(PRELEUKİN)**, octreotid**(SANDOSTATİN)**, lanreotid, streptozosin**(ZANOSAR)**; tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu hekimlerce veya bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

n) Lenalidomid**(REVLİMİD,RİVELİME)**;

 3) Daha önceden bortezomib veya bortezomib içeren kombinasyonlarla tedavisi başarısız olan nüks veya dirençli mantle hücreli lenfoma tedavisinde, bu durumların belirtildiği hematoloji ve/veya onkoloji uzmanının yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak yine bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde progresyon gelişene kadar Kurumca bedeli karşılanır.

nn) Bevasizumab**(ALTUZAN)**;

1) Metastatik kolorektal kanser tedavisinde;

a) 5-florourasil/folinik asit veya 5- florourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin birinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

 b) Daha önceki basamaklarda bevasizumabın kullanılmadığı metastatik kolon veya metastatik rektum kanserinin ikinci ve sonraki basamak tedavilerinde 5- florourasil/folinik asit veya 5- florourasil/folinik asit/irinotekan ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

 c) Daha önce adjuvant amaçlı kemoterapi almamış olan metastatik kolon veya metastatik rektum kanserli hastalarda, birinci basamak tedavi olarak okzaliplatin ile kapesitabin veya 5- florourasil/folinik asit ile kombine olarak kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.

 2) Malign glioma (DSÖ evre IV)– glioblastoma tedavisinde; histolojik olarak glioblastoma multiforme tanısı almış ve bir seri temozolomid sonrası nüks gelişmiş veya progresyon göstermiş hastalarda kemoterapi ile birlikte progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Bu tedavi ile progresyon gelişen hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

 3) Serviks kanseri tedavisinde; lokal tedavilere uygun olmayan rekürren/persistan veya metastatik serviks kanseri olan erişkin hastaların birinci basamak tedavisinde paklitaksel ve cisplatin veya paklitaksel ve topotekan ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. Daha önce radyo duyarlaştırıcı haricinde sistemik kemoterapi tedavisi almış ve progresyon göstermiş hastalarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanmaz.

 4) Tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile bu sağlık kurulu raporuna dayanılarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında tüm uzman hekimlerce reçete edilir.

oo) Pleriksafor**(MOZOFİL)**;

1) Otolog kök hücre nakli gerçekleştirmek istenen lenfoma veya multipl miyelom tanısı konmuş ve aşağıdaki tedavi protokolleri ile yeterli kök hücre mobilizasyonu (≥2 x 106/kg CD34 pozitif hücre) sağlanamayan erişkin hastalarda Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör (G-CSF) ile kombine olarak kullanılır.

a) Sadece G-CSF mobilizasyonunun yeterli olacağı öngörülen hastalardan en az bir seri 10 mikrogram/kilogram gün dozunda G-CSF uygulaması ve en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması,

b) Sadece G-CSF ile yeterli düzeyde kök hücre mobilizasyonu sağlanamayacağı öngörülen hastalarda en az bir seri G-CSF ile birlikte kemoterapi uygulaması.

 2) Bünyesinde terapötik aferez merkezi bulunan sağlık hizmeti sunucularında, bu durumların belirtildiği en az biri hematoloji uzman hekimi olmak üzere hematoloji ve onkoloji uzman hekimlerinden oluşan 1 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji veya onkoloji uzman hekimleri tarafından en fazla 4 günlük dozda reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

öö) Denosumab 120 mg**(PROLİA, XGEVA)**;

1) Daha önce zoledronik asit kullanmamış, kırık veya bası riski yüksek kemiklere metastaz yapmış meme kanseri, hormon refrakter prostat kanseri veya küçük hücreli dışı akciğer kanseri hastalarında kemik progresyonuna kadar, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

2) Rezeke edilemeyen veya cerrahi morbidite riski yüksek, yetişkinler ile iskeleti olgunlaşmış adölesanlarda görülen kemiğin dev hücreli tümörünün tedavisinde en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

pp) Nivolumab **(OPDİVO)** yalnızca;

 1) ECOG performans skoru 0-1 olan, birinci basamak kemoterapi sonrasında progresyon göstermiş, daha önce PD-1 ve PD-L1 inhibitör tedavisi almamış rezeke edilemeyen lokal ileri evre veya metastatik malign melanomu olan hastaların tedavisinde progresyona kadar tek başına kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir. İpilimumab etken maddeli ilaç ile ardışık veya kombine kullanılması halinde bedeli ödenmez.

2) Karnofsky performans statüsü en az 70 olan, daha önce en az bir basamak sitokin (interferon veya interlökin) ve sonrasında bir basamak da antianjiojenik tedavi almış olmak şartı ile 3. veya 4. basamak tedavi olarak, ileri evre berrak hücreli renal kanser tedavisinde progresyona kadar kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedeli ödenir. Tedavinin devamı için düzenlenecek sağlık kurulu raporunda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.

3) Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak klasik hodgkin lenfoma endikasyonunda, otolog kök hücre nakli sonrasında brentuksimab tedavisi ile progresyon gösteren veya relaps olan hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği, en az bir tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekiminin yer aldığı tedavi protokolünü de gösterir 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

**4.2.16 - Doğuştan metabolik hastalıklar, Gıda allerjileri ile Çölyak Hastalığı**

 (5) İki yaşına kadar inek sütü ve/veya çoklu gıda protein alerjisi olan bebeklere öncelikle ileri derecede hidrolize mamalar başlanır. İleri derecede hidrolize mamanın tolere edilemediği durumlarda, anafilakside, enteropatide, eozinofilik özofajitte, besin protein ilişkili enterokolit sendromunda veya çoklu besin alerjileri gibi ağır vakalarda aminoasit bazlı veya pirinç proteini bazlı mamalar kullanılır. Bu durumların belirtildiği; çocuk gastroenteroloji veya çocuk immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(6) Çölyak hastalığında; gastroenteroloji uzman hekimi tarafından, bu uzman hekimlerin bulunmadığı hastanelerde çocuk sağlığı ve hastalıkları veya iç hastalıkları uzman hekimlerince **3 yıl** süreli rapor düzenlenir.

**4.2.17.A – Osteoporoz**

(1) Osteoporoz tedavisinde bifosfonatlar (kombinasyonları dahil) ve diğer osteoporoz ilaçları (raloksifen, calcitonin, stronsiyum ranelat (kombinasyonları dahil), denosumab) aşağıda belirtilen koşullar çerçevesinde ödenir. Bu ilaçlar tedavi süresinin belirtildiği sağlık raporuna dayanılarak reçete edilirler. **Rapor süresi 2 yıldır**. Bu grup ilaçların birlikte kombine kullanımı halinde sadece birinin bedeli ödenir.

(2) Osteoporozda ilaç tedavisi, düzenlenecek rapor tarihinden önce **son iki yıl** içinde yapılan Kemik Mineral Yoğunluk (KMY) ölçümüyle planlanır.

**4.2.23 - Amfoterisin-B, kaspofungin, anidilofungin, vorikonazol, posakonazol (oral süspansiyon ve tablet formu), ıtrakonazol (infüzyon ve solüsyon), mikafungin kullanım ilkeleri**

(6) Mikafungin **(MYCAMINE)**;

1) İnvaziv kandidiyazis ve özofajiyal kandidiyazis endikasyonlarında kullanılır.

 2) Allojenik hematopoietik kök hücre nakli (HSCT) yapılan hastalarda veya akut lenfositer lösemi (ALL) hastalarında nötropenik dönemde ve takip eden bir hafta içinde veya mukoziti olan otolog hematopoietik kök hücre nakli yapılan hastalarda nötropenik dönemde aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisinde kullanılır.

3) 10 gün veya daha uzun süreyle nötropeni olması beklenen diğer hastalarda aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksisi endikasyonunda ödenmez.

(8) Vorikonazol 200 mg tablet **(FUNGAVOR, TROZASİN, VFEND, VORAZYR, VORZOL)**; nötropeni olması beklenen hematopoietik kök hücre nakli alıcısı hastaların aspergilloz ve candida enfeksiyonlarının profilaksi endikasyonunda da kullanılır.

**4.2.29 - Kadın cinsiyet hormonları kullanım ilkeleri**

(2) Tek başına dienogest etkin maddesi içeren ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

 (3) Tek başına progesteron etkin maddesi içeren ve infertilite tedavisi endikasyonu olan topikal ilaçlar kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen prospektüs endikasyonlarıyla uyumlu uzman hekim raporuna istinaden diğer hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

15. **Kontraseptifler** (Prospektüsünde yer alan kontrasepsiyon dışındaki endikasyonlarında ödenir.) (Levonerjestrel etkin maddeli ürünün anormal uterin kanamalarda kullanımı öncesi, intrauterin organik patolojilerin ekartasyonu için ofis histeroskopi ya da Salin İnfüzyon Sonografisi (SiS) yapılması, kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi tarafından düzenlenen sağlık raporuna istinaden kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimlerince uygulanması halinde bedeli Kurumca karşılanır.)

70. Levocarnitin **(KARNİTİN, METOKARTİN)**; ayaktan tedavilerde yalnızca 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularında nefroloji, endokrinoloji, nöroloji, kardiyoloji, çocuk metabolizma veya **hemodiyaliz sertifikalı** iç hastalıkları uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden bu hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

71. Sapropterin dihidroklorür **(DİTERİN, KUVAN)**; BH4 yanıtlılık testinde başlangıç fenilalanin düzeyine göre en az %30 düşme tespit edilen fenilketonürili hastaların veya tetrahidrobiopterin (BH4) metabolizması bozukluğu tanısı enzim düzeyi ölçülmek suretiyle ya da genetik olarak konmuş hastaların tedavisinde çocuk metabolizma hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak, çocuk metabolizma hastalıkları uzman hekimleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

**4.1.4 ‘Reçetelere yazılabilecek ilaç miktarı’ maddesinde yapılan değişikliğe göre;**

(1) Majistraller sadece ilgili hekimlerin reçete etmesi durumunda bedeli karşılanır.

* *İlgili hekim kime göre neye göre - kim olduğu belli değil.*
* *Majistralde antifungal 2 kutudan fazla varsa ne olacak belli değil.*

(5) Topikal antifungaller bir reçetede en fazla 2 kutu yazılabilir. Tedavinin devamı gerekli ise, devam reçetesinin dermotoloji uzman hekimi tarafından düzenlenmesi halinde bedeli kurumca karşılanır.

* *2 kutu tedavi sonrası devam tedavisi süresi ve şartları belli değil.*
* *Medula Sisteminin 2 kutuya düşürdüğü ilaçlar var, düşürmediği ilaçlar var. Şimdilik 2 kutudan fazla verilmemesine dikkat edilmeli.*
* *Dermatoloji uzmanı tarafından2 kutudan fazla reçete edilirse verilecek mi belli değil – şimdilik 2 kutudan fazla verilmemesine dikkat eilmeli.*
* *Topikal antifungaller Medula Sistemine “367-topikal antifungal” teşhis koduyla girilecek olup, ayrıca doktorun reçeteye* ***“topikal antifungal”******teşhisi eklemesine gerek yoktur****.*

**4.2.38 - Diyabet tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

(4) DPP-4 antagonistleri (sitagliptin **(JANUVİA)**, vildagliptin **(GALVUS)**, saksagliptin **(ONGLYZA)**, linagliptin **(TRAJENTA)**, alogliptin **(VIPIDIA)**, DPP-4 antagonistlerinin diğer oral antidiyabetiklerle kombine preperatları;

* metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; endokrinoloji uzman hekimleri ile iç hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.
* Saksagliptini tek başına içeren 2,5 mg.’lık formları günlük en fazla 2,5 mg. dozunda, alogliptini tek başına içeren 12,5 mg.’lık formları günlük en fazla 12,5 mg. dozunda yalnızca kronik böbrek yetmezliği hastalarında kullanılabilir.

(6) Sodyum-glukoz ko-transporter 2 (SGLT2) inhibitörleri (dapagliflozin **(FORZIGA)**, empagliflozin **(JARDİANCE)**;

* metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda, **endokrinoloji** uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporu ile tüm hekimlerce reçete edilebilir.

***(Eski raporlar, SUT değişikliği olması halinde SUT’un yeni hükümlerine uygun olması kaydıyla süresi sonuna kadar geçerlidir. SUT’un yeni hükümlerine uygun olmayan raporlar aksi açıklama gelene kadar geçerli kabul edilmemektedir.)***