**EK-4/E**

**SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ**

Tedavi için gerekli görülen antibiyotikler, aşağıda belirtilen esaslara göre reçete edilecektir.

Aşağıdaki Listedeki kısaltma ve ibareler için liste sonunda **“AÇIKLAMALAR”** bulunmaktadır.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER** | | |
| **A) Penisilinler** | | |
| **1** | Amoksisilin | **KY** |
| **2** | Amoksisilin-Klavulanat (Parenteral) | **UH-P** |
| **2.1** | Amoksisilin-Klavulanat (Oral) | **KY**(600mg/42,9 mg lık formu uzman hekimler tarafından reçetelenir) |
| **3** | Ampisilin | **KY** |
| **4** | Ampisilin Sulbaktam (Parenteral) | **UH-P** |
| **4.1** | Ampisilin Sulbaktam (Oral) | **KY** |
| **5** | Azidosilin | **KY** |
| **6** | Bakampisilin | **KY** |
| **7** | Mezlosilin | **UH-P, A 72** |
| **8** | Penisilin (Prokain, Benzatin, Kristalize, Pen V, Fenoksimetil) | **KY** |
| **9** | Piperasilin | **UH-P, A 72** |
| **10** | Piperasilin-Tazobaktam | **EHU** |
| **11** | Tikarsilin Klavulanat | **EHU** |
| **12** | Karbenisilin | **UH-P, A 72** |
| **13** | Sulbaktam | **EHU** |
| **B) Sefalosporinler** | | |
| 1. Kuşak Sefalosporinler | | |
| **1** | Sefadroksil | **KY** |
| **2** | Sefaleksin | **KY** |
| **3** | Sefazolin | **KY** |
| **4** | Sefradin | **KY** |
| **5** | Sefalotin | **KY** |
| 2. Kuşak Sefalosporinler | | |
| **1** | Sefaklor | **KY** |
| **11.1** | Sefaklor-Klavulanat (Oral) | **KY (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 40-a md. Yürürlük:11/05/2013)** |
| **2** | Sefoksitin | **UH-P** |
| **3** | Sefprozil | **KY** |
| **4** | Sefuroksim (Parenteral) | **UH-P** |
| **5** | Sefuroksim Aksetil | **KY** |
| **6** | Lorakarbef | **KY** |
| 3. Kuşak Sefalosporinler | | |
| **1** | Sefiksim | **UH-P** |
| **2** | Sefodizim | **UH-P** |
| **3** | Sefoperazon | **UH-P, A 72** |
| **4** | Sefoperazon-Sulbaktam | **EHU** |
| **5** | Sefotaksim | **UH-P, A 72** |
| **6** | Seftazidim | **UH-P, A 72** |
| **7** | Seftizoksim | **UH-P, A 72** |
| **8** | Seftriakson | **UH-P, A 72APAT’TA KY**  (Bakınız 6/a) |
| **9** | Sefditoren | **UH-P** |
| **10** | Sefdinir | **UH-P**(600 mg lık formu günlük maksimum kullanım dozu 1 x 1) |
| **10.1** | Sefdinir- Klavulanat (Oral) | **UH-P** |
| **11** | Sefpodoksim Proksetil | **UH-P** |
| **11.1** | Sefpodoksim Proksetil- Klavulanat (Oral) | **UH-P** |
| **12** | Seftibuten | **UH-P** |
| **12.1** | Seftibuten-Klavulanat (Oral) | **UH-P (Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 40-b md. Yürürlük:11/05/2013)** |
| 4. Kuşak Sefalosporinler | | |
| **1** | Sefepim | **EHU** |
| **C) Diğer Betalaktam Antibiyotikler** | | |
| Monobaktamlar | | |
| **1** | Aztreonam | **UH-P, A 72** |
| Karbapenemler | | |
| **1** | İmipenem | **EHU** |
| **2** | Meropenem | **EHU** |
| **3** | Ertapenem | **EHU (**1x1 dozda) |
| **4** | Doripenem | **EHU** |
| **2-MAKROLİD VE LİNKOZAMİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER** | | |
| **A) Makrolidler** | | |
| **1** | Azitromisin | **KY** |
| **2** | Diritromisin | **KY** |
| **3** | Eritromisin | **KY** |
| **4** | Klaritromisin Oral | **KY** |
| **5** | Klaritromisin MR | **KY** |
| **6** | Klaritromisin Paranteral | **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** |
| **3- AMFENİKOLLER** | | |
| **1** | Kloramfenikol | **KY** |
| **2** | Tiamfenikol | **KY** |
| **4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER** | | |
| **1** | Amikasin | **UH-P** |
| **2** | Gentamisin | **KY** |
| **3** | İsepamisin | **EHU** |
| **4** | Kanamisin ve Türevleri | **KY** |
| **5** | Neomisin ve Kombinasyonları | **KY** |
| **6** | Netilmisin | **UH-P** |
| **7** | Streptomisin | **KY** |
| **8** | Tobramisin Parenteral | **UH-P** |
| **5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER** | | |
| **1** | Siprofloksasin Oral | **KY** |
| **2** | Siprofloksasin Parenteral | **UH-P, A 72** |
| **3** | Enoksasin | **KY** |
| **4** | Levofloksasin Oral | **K-AB**(Pnömonide  KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır) |
| **5** | Levfoloksasin Parenteral | **UH-P, A 72** |
| **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\*\*** |
| **2** | Teikoplanin | **EHU 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.  (Kistik fibrozis (KF) hastalarında Pseudomonas aeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda EK-4/F madde 27 ye göre) |
| **C) Diğer Antistafilokokal Antibiyotikler** | | |
| **1** | Fusidik Asit ve Tuzları | **KY** |
| **2** | Sodyum fucidat enjektabl formu | **EHU** |
| **3** | Mupirosin | **KY** |
| **4** | Linezolid | **EHU** |
| **5** | Daptomisin | **Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı** (Erişkinlerde metisiline duyarlı ve dirençli S. aureus izolatlarının neden olduğu sağ taraf infektif endokarditi, bakteremiler ve komplike cilt yumuşak doku enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılır.) |
| **7- ANSAMİSİNLER** | | |
| **1** | Rifabutin | **UH-P** |
| **2** | Rifamisin | **KY** |
| **3** | Rifampisin | **KY** |
| **8- SULFONAMİD ANTİBİYOTİKLER VE TRİMETOPRİM KOMBİNASYONLARI** | | |
| **1** | Sulfisoxazole | **KY** |
| **2** | Sulfadiazin | **KY** |
| **3** | Sulfametoksipridazin | **KY** |
| **4** | Sulfametoksazol | **KY** |
| **5** | Trimetoprim | **KY** |
| **6** | Trimetoprim Sulfametoksazol | **KY** |
| **9-ANTİANAEROBİK ETKİLİ ANTİBİYOTİKLER** | | |
| **1** | Metronidazol Parenteral | **KY** |
| **2** | Metronidazol (üre kombinasyonları dahil) | **KY** |
| **3** | Ornidazol | **KY** |
| **4** | Seknidazol | **KY** |
| **5** | Tinidazol | **KY** |
| **10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER** | | |
| **1** | Amfoterisin B (Klasik) | **UH-P, A 72** |
| **2** | Kaspofungin | Madde 4.2.23 esaslarına göre |
| **3** | Flukonazol Parenteral | **UH-P, A 72** |
| **4** | Flukonazol Oral ve Diğer Formları | **KY** |
| **5** | Itrakonazol oral (solusyon hariç) | **UH-P** |
| **6** | Itrakonazol infüzyon ve solüsyon | Madde 4.2.23 esaslarına göre |
| **7** | Ketokonazol | **KY** |
| **8** | Lipid Komplex Amfoterisin B | Madde 4.2.23 esaslarına göre |
| **9** | Lipozomal veya Kolloidal Dispersiyon Amfoterisin B | Madde 4.2.23 esaslarına göre |
| **10** | Terbinafin | **KY** |
| **11** | Griseofulvin | **KY** |
| **12** | Varicanazole | Madde 4.2.23 esaslarına göre |
| **13** | Sertakonazole | **KY** |
| **14** | Nistatin (Tetrasiklinle kombine şekli dahil) | **KY** |
| **15** | Natamisin (Pimarisin) | **KY** |
| **16** | Mikonazol | **KY** |
| **17** | Oksikonazol | **KY** |
| **18** | İzokonazol | **KY** |
| **19** | Anidulafungin | Madde 4.2.23 esaslarına göre |
| **20** | Posakonazol | Madde 4.2.23 esaslarına göre |
| **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 4.2.13 esaslarına göre, HIV de EHU koşulu |
| **11** | Fosamprenavir | **EHU** |
| **12** | Darunavir | **EHU**; Prospektüs endikasyonunda, düşük doz ritonavir ve diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır. |
| **13** | Etravirin | Daha önce antiretroviral tedavi görmüş ancak direnç (virolojik yanıtsızlık [viral yük >50 kopya /ml] ve/veya uygun direnç testleriyle belirlenmiş) gelişmiş erişkin hastalarda; enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. |
| **14** | Raltegravir | EHU; antiretroviral tedavi altındayken direnç gelişen/yanıt alınamayan hastalarda kombine olarak **(Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 40-c md. Yürürlük:11/05/2013** |
| **B) Diğer Antiviraller** | | |
| **1** | Asiklovir Oral | **KY** |
| **1.1** | Asiklovir Parenteral | **EHU** |
| **2** | Famsiklovir | **UH-P** |
| **3** | Gansiklovir | **EHU** |
| **4** | Valasiklovir | **UH-P**(Herpeslabialis endikasyonunda ise; UHP koşulu ile en küçük doz ve en küçük ambalaj formu ödenir.) |
| **5** | Lamivudin 100 mg | Madde 4.2.13 esaslarına göre |
| **6** | Ribavirin | Madde 4.2.13 esaslarına göre |
| **7** | Telbivudin | Madde 4.2.13 esaslarına göre |
| **8** | Didanozin | **EHU** |
| **9** | Efavirenz | **EHU** |
| **10** | Adefovir | Madde 4.2.13 esaslarına göre |
| **11** | Entakavir | Madde 4.2.13 esaslarına göre |
| **12** | Zanamivir | **UH-P** |
| **13** | Oseltamivir | **UH-P** |
| **14** | Brivudine Oral | **UH-P** |
| **15** | Valgansiklovir | **EHU** |
| **16** | Talepravir | Madde 4.2.13 esaslarına göre |
| **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, Silodosin (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** | Bizmut subsalisilat | **KY** (Seyahat diyaresi endikasyonunda ödenmez) |
| **8** | Allantoin+ [heparin](unsaved://ThtmlViewer.htm/%5b1%5d27|711|0|1)+[extractum cepae](unsaved://ThtmlViewer.htm/%5b1%5d27|3393|3|2) içeren kombine preparatlar | Plastik cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince reçetelenir. |
| **9** | Lizürid Maleat | **UH-P** |
| **10** | Sadece üre içeren preparatlar | Cilt hastalıkları uzmanı (Sadece ihtiyozis veya kseroderma veya kserosis kutis endikasyonlarında ödenir) |
| **11** | Doksofilin (kombinasyonları dahil) | Göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. |
| **12** | 8- Metoksipsoralen | **UH-P** |
| **13** | Modafinil | **UH-P** |
| **14** | Ranitidin Bizmut Sitrat | **UH-P** |
| **15** | Naferalin Asetat | **UH-P** |
| **16** | Asetilsistein | **KY** (600 mg’ın üzerindeki dozları uzman hekimlerince reçetelenir) |
| **17** | Eritromisin+Isotretinoin / Eritromisin+Tretionin / Eritromisin+ Benzoilperoksit (Topik formları dahil)/Klindamisin+Benzoilperoksit | Sadece Cilt Hastalıkları Uzman Hekimlerince |
| **18** | Multivitamin Pronatal | Sadece gebelikte |
| **19** | H. Pylori eradikasyon tedavi paketi | Yılda 14 günlük tedaviyi geçmeyecek şekilde iç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir.(Levofloksasin etken maddesini içeren tedavi paketlerinde ayrıca antibiyogramla klaritromisin ve metronidazole direnç varlığını gösterir antibiyogram sonuç belgesinin tarih ve sonucunun e-reçete/e-raporda belirtilmesi koşulu ile). |
| **20** | Siklopentolat HCL, Tropikamid, Fenilefrin HCL içeren göz damlaları | Göz hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. (Sağlık Bakanlığınca belirlenen diğer kurallara uyulacaktır.) |
| **21** | Albendazol | 400 Mg lık formlarının büyük ambalajları yalnızca “Kisthidatik ve nösistisarkosis hastalığı” endikasyonlarında ödenir. |
| **22** | Rifaksimin (Yalnızca intestinal aşırı çoğalma sendromu, hepatik ensefalopati, kolonun semptomatik komplike olmayan divertiküler hastalığı, kronik bağırsak inflamasyonu gibi rifaksimine duyarlı bakteriler tarafından desteklenen GI hastalıkların tedavisi ve kolorektal cerrahide enfektif komplikasyonların proflaksisi endikasyonlarında) | **UH-P** |

**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’nın olmadığı yerlerde iç hastalıkları uzmanının veya göğüs hastalıkları uzmanının; çocuk hastalarda, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı yerlerde çocuk hastalıkları uzmanının yazabileceği antibiyotikler.

**4. EHU (ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMANI):** Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU’nın olmadığı yerlerde İç Hastalıkları Uzmanının yazabileceği, Çocuk hastalarda, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olmadığı yerlerde Çocuk Hastalıkları Uzmanının yazabileceği antibiyotikler.

Acil durumlarda, (endikasyonları dahilinde kullanılmak kaydıyla) iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzmanları tedaviye başlayabilir, ancak takip eden ilk iş günü, bu uzmanlar tarafından yazılan reçetenin EHU tarafından onaylanması zorunludur.

Hastane enfeksiyon komitesinin belirlediği kurallar ve/veya protokollere uygun olarak enfeksiyon hastalıkları uzmanı aranmaksızın hastayı tedavi etmekte olan uzman hekim tarafından da yazılabilecektir.

**5. A–72:** Reçete edilme için EHU onayı gerekmeyen, ancak, aynı ilaç 72 saatten daha uzun süre kullanılacak ise (en geç ilk 72 saat içinde ) EHU’nun onayının alınması gereken antibiyotikler.

Bu antibiyotikler için enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı hastanelerde pnömoni, bronşektazi, KOAH akut alevlenme ve invaziv pulmoner aspergillozis endikasyonları ile ilgili olarak göğüs hastalıkları veya iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimlerinin onayı; bu endikasyonlar dışında kalan endikasyonlar için ise enfeksiyon hastalıkları uzmanı olmayan hastanelerde iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzmanının onayı yeterlidir

**6. APAT: “AYAKTAN PARENTERAL ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ”**

Bu uygulama, hastanın ayaktan parenteral antibiyotik tedavisinin uygun olduğunu gösteren “APAT” ibaresinin reçetede belirtilmesi ile işleme alınır.

A–72 kapsamındaki ilaçlardan biri kullanıldıktan sonra diğerleri EHU olmaksızın peş peşe kullanılamaz.

**APAT uygulamasına aşağıdaki durumlar girer:**

**a. Akut Bakteriyel menenjitte tek doz Seftriakson 2 gr. KY.** Hasta, LP’nin yapılabileceği merkeze ortalama 4 saatten daha uzak ise 2 gram seftriakson yapılabilir.

**b.** Hastanın enfeksiyonunun APAT’a uygun olduğunu belgeleyen EHU’ nun da içinde bulunduğu bir sağlık kurulu raporu ile KY

**7.** **Cerrahi proflakside kullanılmayacak antibiyotikler:**

1-A) PENİSİLİNLER 9–12,

1-B) SEFALOSPORİNLER 3. Kuşak Sefalosporinler 1,2,

2-A) MAKROLİDLER 1-9,

4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER 1-8,

5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER 1,2,11,12,

6-B) GLİKOPEPTİD ANTİBİYOTİKLER 1,2

(Bu antibiyotikler cerrahi proflaksi amacıyla ancak “Açıklama 5” şartları dahilinde kullanılabilir)

**8. K-AB ( Kültür - Antibiyogram) :**Bu antibiyotikler ayaktan hastalara kullanıldığında kültür antibiyogram sonucu reçeteye eklenerek mikroorganizma duyarlılığının gösterilmesi gerekir.

**NOT**: Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” nde yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir.