|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **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.  \*Gerekli olduğu durumlarda raporda gerekçesi belirtilmek kaydıyla toplam 6 (altı) kutuyu geçmeyecek şekilde farklı bir farmasötik dozaj formu da reçete edilebilecektir. |
| ABSTRAL 200 MCG 10 DILALTI TABLET | fentanyl | 3 kutu |
| ABSTRAL 400 MCG 10 DILALTI TABLET | fentanyl | 3 kutu |
| ABSTRAL 800 MCG 10 DILALTI TABLET | fentanyl | 3 kutu |
|  |  |  |  |
| ACTIQ 200 MCG OROMUKOZAL APLIKATORLU 3 PASTIL | fentanyl | 4 kutu |  |
| ACTIQ 400 MCG OROMUKOZAL APLIKATORLU 3 PASTIL | fentanyl | 2 kutu |  |
| ACTIQ 800 MCG OROMUKOZAL APLIKATORLU 3 PASTIL | 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.  \*3 (üç) aydan önce tekrar reçete edilemeyecektir. |
| ALDOLAN 100 MG/2 ML 25 AMPUL | pethidine | 1 kutu (3 aylık) |
|  | | | |
| CONCERTA 18 MG 30 KONT. SALIM TABLETI | 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 TABLETI | methylphenidate | 2 kutu (2 aylık) |
| CONCERTA 36 MG 30 KONT. SALIM TABLETI | methylphenidate | 2 kutu (2 aylık) |
| CONCERTA 54 MG 30 KONT. SALIM TABLETI | methylphenidate | 2 kutu (2 aylık) |
|  | | | |
| DUROGESIC 100 MCG 5 TTS FLASTER | fentanyl | 1 kutu | \*150 mcg'lık miktar aşılmamak kaydıyla, bir reçeteye bu ilacın farklı dozlar içeren miktarları yazılabilecektir.  \*Reçeteler, aksi geçerli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 (on) günden önce tekrarlanamayacaktır.  \*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 12 MCG 5 TTS FLASTER | fentanyl | 6 kutu |
| DUROGESIC 25 MCG 5 TTS FLASTER | fentanyl | 6 kutu |
| 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 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 Kapsül formları çocuklarda (6-17 yaş) maksimum doz 60 mg/gün'ü geçmeyecek şekilde reçete edilebilecektir.  \*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.  \*Ayrıca Medikinet Retard Kapsül formları ile Concerta Kontrollü Salım Tablet formları birlikte reçete edilemez. |
| MEDIKINET RETARD 10 MG 30 KAPSUL | methylphenidate | 4 kutu (2 aylık) |
| MEDIKINET RETARD 20 MG 30 KAPSUL | methylphenidate | 4 kutu (2 aylık) |
| MEDIKINET RETARD 30 MG 30 KAPSUL | methylphenidate | 4 kutu (2 aylık) |
| MEDIKINET RETARD 40 MG 30 KAPSUL | methylphenidate | 2 kutu (2 aylık) |
| 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 | \*Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 10 günlük dozu ifade eder.  \*10 günden önce reçete tekrarlanamaz. |
| 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 |
|  | | | |
| 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.  \*Aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 5 günden önce reçete tekrarlanamaz. |
| MORFIN HIDROKLORUR 0,02 G 1 ML 5 AMPUL | morphine | 3 kutu |
| 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 ENJEKSIYONLUK 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 ENJEKSIYONLUK LIYOFILIZE TOZ ICEREN FLAKON | remifentanil | 1 kutu |  |
| RENTANIL 5 MG ENJEKSIYONLUK LIYOFILIZE TOZ ICEREN FLAKON | remifentanil | 1 kutu |  |
|  | | | |
| 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 REÇETEYE YAZILABİLECEK MAKSİMAL DOZ** | **AÇIKLAMA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  | | | |