

#### 4.2.33 - Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri

##### 4.2.33.A – Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri (Teşhis kodu: 301 - Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu)

		<b>Vertaporfin (VISUDYNE®), Pegaptanib (MACUGEN®), Ranibizumab (LUCENTIS®), Aflibersept (EYLEA®)</b>
1-	<b>Teşhis</b>	Yaş tip (neovasküler) yaşa bağlı makula dejenerasyonu (Age-related macular degeneration (AMD/ARMD))
2-	<b>Anamnez</b>	hasta anamnezi mevcudiyeti raporda belirtilecek
3-	<b>FFA</b>	FFA (Fundus Floresein Anjiografi= Göz Anjiyosu) (FFA kontrendikasyonu yoksa) varlığı raporda belirtilecek
4-	<b>Lezyon resmi/ OKT</b>	Lezyona ait renkli resim varlığı veya OKT (Optik Koherens Tomografi) varlığı raporda belirtilecek
5-	<b>3 göz doktorlu SKR</b>	rapor 3 göz hastalıkları uzmanı olan sağlık kurulu raporu olacak raporsuz ödenmez
6-	<b>Üniv/Eğitim Araştırma</b>	rapor sadece Üniversite veya Eğitim Araştırma hastanesinde düzenlenebilir.
7-	<b>Göz H.U</b>	reçeteyi sadece göz hastalıkları uzmanı yazabilir
		<b>Sadece Ranibizumab (LUCENTIS®) ve Aflibersept (EYLEA®) için gerekli extra koşullar</b>
8-	<b>3 aylık rapor</b>	Başlangıç raporu süresi maksimum 3 ay olacak birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır
9-	<b>Devam raporu</b>	göz dibi bulguları yeni sağlık raporunda belirtilir görme keskinliği yeni sağlık raporunda belirtilir Optik Koherens Tomografileri (=OKT) sonucu yeni sağlık raporunda belirtilir.
10-	<b>Tedavide ilaç değişimi</b>	ilaç değişimi sadece bir defa yapılabilir. sadece ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılabilir. başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, değişimin gerekçesinin belirtildiği SKR ile yapılabilir.
11-	<b>Kombinasyon yok !!!</b>	Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamaz
12-	<b>Sadece ayaktan !!!</b>	Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

**4.2.33.A – Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Pegaptanib sodyum, ranibizumab, aflibersept ve vertaporfin etken maddelerini içeren ilaçlar; üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve/veya OKT varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır.

(2) Ranibizumab ve aflibersept; hasta anamnezi, FFA (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve/veya OKT varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Bu süre sonunda hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir. Tedavinin devamında bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedavide ilaç değişimi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılacak değerlendirme sonucuna göre, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, değişimin gerekçesinin belirtildiği sağlık kurulu raporu ile mümkündür.

(3) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır.

(4) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

##### 4.2.33.B - Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri (Teşhis kodu: 285 - Retina Ven Tıkanıklığı)

		<b>Retina ven tıkanıklığı Ve Santral retinal ven tıkanıklığında Deksetazon intravitreal implant (OZURDEX®)</b>
1-	<b>Teşhis</b>	Retina ven tıkanıklığı veya santral retinal ven tıkanıklığı olacak ve (Retinal Vein Occlusion RVO/ Central Retinal Vein Makula ödemi olacak ve <b>Gözün posterior segmentinde kendisini non-infeksiyöz üveit şeklinde gösteren enflamasyon olacak (SUT EK4/F 56)</b>
2-	<b>Anamnez</b>	hasta anamnezi mevcudiyeti raporda belirtilecek
3-	<b>FFA</b>	FFA (Fundus Floresein Anjiografi= Göz Anjiyosu) varlığı raporda belirtilecek
4-	<b>Lezyon resmi</b>	lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilecek
5-	<b>OKT</b>	OKT optik koherens tomografi varlığı raporunda belirtilecek
6-	<b>max 2 uyg/yıl</b>	Her bir göz için <b>yılda maksimum 2 uygulama</b> yapılır. (SUT EK4/F madde 56)
7-	<b>6 aylık rapor</b>	rapor süresi maksimum 6 aydır (SUT EK4/F madde 56)
8-	<b>3 göz doktorlu SKR</b>	rapor 3 göz hastalıkları uzmanı olan sağlık kurulu raporu olacak
9-	<b>Üniv/Eğitim Araştırma</b>	rapor sadece Üniversite veya Eğitim Araştırma hastanesinde düzenlenebilir.
10-	<b>Göz H.U</b>	reçeteyi sadece göz hastalıkları uzmanı yazabilir
11-	<b>Devam raporu</b>	Devam raporu ancak <b>Görme keskinliği <math>\leq</math> 0,5 ise veya OKT'de CRT<math>\geq</math>250 mikron ise</b> düzenlenebilir.

**4.2.33.B - Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Deksetazon intravitreal implant; her bir uygulama için; makula ödemi olan hastanın anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim ve optik koherens tomografi (OKT) varlığı sağlık kurulu raporunda belirtilerek tedaviye başlanır. Görme keskinliği 0,5 ve altı ve/veya OKT'de CRT 250 mikron ve üzerinde ise tekrar tedavi verilebilir. Bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.

...

(3) Deksetazon intravitreal implant; her bir göz için yılda maksimum 2, ranibizumab ve aflibersept; her bir göz için ömür boyu maksimum 7 kutu ilaç bedeli ödenir.

**SUT EK 4/F no:56**

Deksetazon intravitreal İmplant (Gözün posterior segmentinde kendisini non-infeksiyöz üveit şeklinde gösteren enflamasyonunda 3. basamak sağlık tesislerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir. Her bir göz için yılda maksimum 2 uygulama yapılır.)

		<b>Retina ven tıkanıklığı Ve Santral retinal ven tıkanıklığında Ranibizumab (LUCENTIS®) ve Aflibersept (EYLEA®)</b>
1-	<b>Teşhis</b>	Retina ven tıkanıklığı veya santral retinal ven tıkanıklığı olacak ve (Retinal Vein Occlusion RVO/ Central Retinal Vein deksametazon intravitreal implant kullanımı uygun olmayacak veya ( <b>Uygun olmama sebebi raporda açıklanacak!</b> ) deksametazon intravitreal implant kullanımından yanıt alınamayan hasta olduğu belirtilecek
2-	<b>Anamnez</b>	hasta anamnezi mevcudiyeti raporda belirtilecek
3-	<b>FFA</b>	FFA (Fundus Floresein Anjiografi= Göz Anjiyosu) varlığı raporda belirtilecek
4-	<b>Lezyon resmi</b>	lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilecek
5-	<b>max 7uygulama/1göz/ömür</b>	Her bir göz için maksimum <b>ömür boyu sadece 7 uygulama</b> ödenir
6-	<b>max 3 aylık rapor</b>	Başlangıç raporu süresi maksimum 3 ay olacak birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır
7-	<b>3 göz doktorlu SKR</b>	rapor 3 göz hastalıkları uzmanı olan sağlık kurulu raporu olacak
8-	<b>Üniv/Eğitim Araştırma</b>	rapor sadece Üniversite veya Eğitim Araştırma hastanesinde düzenlenebilir.
9-	<b>Göz H.U</b>	reçeteyi sadece göz hastalıkları uzmanı yazabilir
10-	<b>Devam raporu</b>	göz dibi bulguları yeni sağlık raporunda belirtilir görme keskinliği yeni sağlık raporunda belirtilir OKT optik koherens tomografileri sonucu yeni sağlık raporunda belirtilir. 3 aylık başlangıçtan sonra <b>her bir uygulama için yeni sağlık kurulu raporu</b> tekrar düzenlenir. (Her ay yeni bir rapor)

**4.2.33.B - Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri**

...

(2) Ranibizumab ve aflibersept deksametazon intravitreal implant kullanımı uygun olmayan veya yanıt alınamayan hastalarda kullanılabilir. Ranibizumab ve aflibersept; intravitreal implant kullanılamama gerekçesi ile birlikte hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığına ait bilgiler 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyla başlanır. Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.

(3) Deksetazon intravitreal implant; her bir göz için yılda maksimum 2, ranibizumab ve aflibersept; her bir göz için ömür boyu maksimum 7 kutu ilaç bedeli ödenir.

(4) Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir.

**4.2.33.C- Patolojik miyopiye (PM) bağı koroidal neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**Tanı kodu **Teşhis kodu: 294 - Patolojik miyopiye (PM) bağı koroidal neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğu...****Ranibizumab (LUCENTIS®)**

1-	Teşhis	Patolojik miyopiye (PM) bağı koroidal neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğu olacak
2-	Anamnez	hasta anamnezi mevcudiyeti raporda belirtilecek
3-	FFA	FFA (Fundus Floresein Anjiografi= Göz Anjiyosu) varlığı raporda belirtilecek
4-	Lezyon resmi	lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilecek
5-	max 1 aylık rapor	Başlangıç raporu süresi maximum 1 ay olacak
6-	3 göz doktorlu SKR	rapor 3 göz hastalıkları uzmanı olan sağlık kurulu raporu olacak
7-	Üniv/Eğitim Araştırma	rapor sadece Üniversite veya Eğitim Araştırma hastanesinde düzenlenebilir.
8-	Göz H.U	reçeteyi sadece göz hastalıkları uzmanı yazabilir
9-	Devam raporu	göz dibi bulguları yeni sağlık raporunda belirtilir
		görme keskinliği yeni sağlık raporunda belirtilir
		FFA (Fundus Floresein Anjiografi= Göz Anjiyosu)
		OKT optik koherens tomografileri sonucu yeni sağlık raporunda belirtilir.
10-	Yalnız Ayakta tedavi	Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir. YATAN HASTA REÇETELERİ ÖDENMEZ

**4.2.33.C- Patolojik miyopiye (PM) bağı koroidal neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

- (1) Ranibizumab etken maddesini içeren ilaçlar; Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı bir ay süreli sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA ve lezyona ait renkli resim varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenir.
- (2) Hastalar izlenerek göz dibi bulguları, görme keskinliği, optik koherens tomografileri (OKT) ve FFA ile değerlendirilir ve tekrar tedavi gerekirse bu bulgular ile tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.
- (3) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

**4.2.33.D – Diyabetik maküler ödem (DMÖ)’den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri (Teşhis kodu: 302 - Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ))****Ranibizumab (LUCENTIS®), Aflibersept (EYLEA®), Deksametazon intravitreal implant (OZURDEX®)**

1-	Teşhis	Diyabetik maküler ödem (DMÖ)’den kaynaklanan görme bozukluğu teşhisi olacak
2-	Anamnez	hasta anamnezi mevcudiyeti raporda belirtilecek
3-	FFA	FFA (Fundus Floresein Anjiografi= Göz Anjiyosu) (FFA kontrendikasyonu yoksa) varlığı raporda belirtilecek
4-	Lezyon resmi/ OKT	Lezyona ait renkli resim varlığı veya OKT (Optik Koherens Tomografi) varlığı raporda belirtilecek
5-	3 göz doktorlu SKR	rapor 3 göz hastalıkları uzmanı olan sağlık kurulu raporu olacak raporsuz ödenmez
6-	Üniv/Eğitim Araştırma	rapor sadece Üniversite veya Eğitim Araştırma hastanesinde düzenlenebilir.
7-	Göz H.U	reçeteyi sadece göz hastalıkları uzmanı yazabilir
8-	Ranibizumab başlangıç	Ranibizumab tedavisine 3 ay süreli SKR ile birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyula başlanır
	Aflibersept başlangıç	Aflibersept tedavisine 5 ay süreli SKR ile birer ay arayla 5 kez yükleme dozuyula başlanır.
	Deksametazon intravitreal imp	Deksametazon intravitreal implant için yükleme dozu uygulaması yoktur.
9-	Devam raporu	göz dibi bulguları yeni sağlık raporunda belirtilir
		görme keskinliği yeni sağlık raporunda belirtilir
		Optik Koherens Tomografileri (=OKT) sonucu yeni sağlık raporunda belirtilir.
		Başlangıç ve devam bulguları her devam raporunda belirtilir.
10-	Ranibizumab ve Aflibersept arasında ilaç değişimi	Her bir Uygulama için yeni bir SKR düzenlenir.
		ilaç değişimi sadece bir defa yapılabilir.
		sadece ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılabilir.
11-	Kombinasyon yok !!!	Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamaz
12-	Sadece ayaktan !!!	Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.

**4.2.33.D – Diyabetik maküler ödem (DMÖ)’den kaynaklanan görme bozukluğu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

- (1) Ranibizumab, aflibersept ve deksametazon intravitreal implant etken maddelerini içeren ilaçlar; üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde en az üç göz hastalıkları uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile hasta anamnezi, FFA (kontrendikasyonu yoksa) ve lezyona ait renkli resim ve/veya OKT varlığı raporda belirtilerek, göz hastalıkları uzmanlarınca reçetelenerek uygulanır.
- (2) Ranibizumab tedavisine, 3 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 3 kez yükleme dozuyula, aflibersept tedavisine 5 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilerek birer ay arayla 5 kez yükleme dozuyula başlanır. Deksametazon intravitreal implant için yükleme dozu uygulaması bulunmamaktadır.
- (3) Tedavinin devamında göz dibi bulguları, görme keskinliği ve optik koherens tomografileri (OKT) değerlendirilir.
- (4) Başlangıç ve devam bulguları ve tedaviye devam kararı her uygulama için düzenlenecek yeni sağlık kurulu raporunda belirtilir.
- (5) Ranibizumab ve aflibersept arasında ilaç değişimi bir defaya mahsus olmak üzere, ilk tedaviye başlanan ilaç ile yükleme dozu tamamlandıktan sonra yapılacak değerlendirme sonucuna göre, başlangıç kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş, değişimin gerekçesinin belirtildiği sağlık kurulu raporu ile mümkündür.
- (6) Bu grup ilaçlar kombine olarak kullanılamayacaktır.
- (7) Bu grup ilaçlar yalnızca ayakta tedavi kapsamında ödenecektir.