

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.
CONCERTA 27 MG 30 KONT. SALIM TABLETİ	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	*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.
CONCERTA 36 MG 30 KONT. SALIM TABLETİ	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	*Medikinet Retard Kapsül formları veya Konsenidat Uzatılmış Salımlı Tablet veya Concerta Kontrollü Salım Tablet formları birlikte reçete edilemez.
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 aşılmamak 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 aşılmaması şartıyla,
DUROGESIC 50 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	3 kutu	gerekçeyi belirtir 3 imzalı bir rapora istinaden, kansere bağlı ağrıların kontrolünde bir kırmızı reçeteye 15 (onbeş) günlük gerekli doz yazılabilecektir.
DUROGESIC 75 MCG 5 TTS FLASTER	fentanyl	2 kutu	

EFFENTORA 100 MCG BUKKAL TABLET (28 TABLET)	fentanyl	1 kutu	*Tek uzman hekim raporu olmak kaydıyla aynı farmasötik dozaj formundan ilave 1 (bir) kutu daha reçete edilebilecektir. *Gerekli olduğu durumlarda raporda gerekçesi belirtilmek kaydıyla toplam 2 (iki) kutuyu geçmeyecek şekilde farklı bir farmasötik dozaj formu da reçete edilebilecektir.
EFFENTORA 200 MCG BUKKAL TABLET (28 TABLET)	fentanyl	1 kutu	
EFFENTORA 400 MCG BUKKAL TABLET (28 TABLET)	fentanyl	1 kutu	
EFFENTORA 800 MCG BUKKAL TABLET (28 TABLET)	fentanyl	1 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)	
KONSENIDAT 18 MG 30 UZATILMIŞ SALIMLI TABLET	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 Konsenidat 36 mg Uzatılmış Salımlı Tablet adlı ilaç bir kırmızı reçeteye 2 aylık tedavi için 4 kutu reçete edilebilecektir. *Medikinet Retard Kapsül formları veya Konsenidat Uzatılmış Salımlı Tablet veya Concerta Kontrollü Salım Tablet formları birlikte reçete edilemez.
KONSENIDAT 27 MG 30 UZATILMIŞ SALIMLI TABLET	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	
KONSENIDAT 36 MG 30 UZATILMIŞ SALIMLI TABLET	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	
KONSENIDAT 54 MG 30 UZATILMIŞ SALIMLI TABLET	methylphenidate	2 kutu (2 aylık)	
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. *Medikinet Retard Kapsül formları veya Konsenidat Uzatılmış Salımlı Tablet veya 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.
MORFIA 30 MG 30 TABLET	morphine	3 kutu	*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 CR 15 MG 20 FILM TABLET	morphine	9 kutu	*Maksimal dozlar, kırmızı reçeteye yazılabilecek 10 günlük dozu ifade eder. 10 günden önce reçete tekrarlanamaz.
MORFIA CR 30 MG 20 FILM TABLET	morphine	4 kutu	**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 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 ÇÖZELTİ İÇEREN 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	
RENTANİL 2 MG ENJEKSİYONLUK LIYOFİLİZE TOZ İÇEREN FLAKON	remifentanil	1 kutu	
RENTANİL 5 MG ENJEKSİYONLUK LIYOFİLİZE TOZ İÇEREN FLAKON	remifentanil	1 kutu	
RITALİN 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 DİLALTİ TABLET	buprenorphine, combinations	6 kutu	*Rapora istinaden erişkin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından reçete 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.
SUBOXONE 8 MG/2 MG 28 DİLALTİ TABLET	buprenorphine, combinations	2 kutu	* 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.
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.
KODEİN	codeine	1000 mg	*Aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce reçete tekrarlanamaz.
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: 03.02.2021

Güncelleme Notu: 03.02.2021 güncellemesinde Effentora adlı ilaçlar listeye eklenmiştir.