**Kırmızı Reçetelere Yazılacak Olan Uyuşturucu Madde ve Müstahzarlarının**

**Bu Reçetelere Yazılabilecek Azami Doz Miktarları ile**

**Reçete Tekrarlama Süreleri**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Uyuşturucu Madde/Müstahzarlar** | | **Yazılabilecek Maksimal Doz** | | **Reçete Tekrarlama Süresi** |
| **\*Morphine HCl** | | **300 mg (parenteral)** | | **Aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 5 günden önce tekrarlanamaz** |
| **Morphine HCl 0.01 g ampul** | | **3 kutu** | |
| **Morphine HCl 0.02 g ampul** | | **3 kutu** | |
| **\*Morphine HCl•3•H2O** | | **2700 mg (oral)** | | **Aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce tekrarlanamaz** |
| **Vendal retard tablet** | **(30x10 mg)** | **9 kutu** | |
| **(30x30 mg)** | **3 kutu** | |
| **(30x60 mg)** | **1 kutu** | |
| **(20x100 mg)** |
| **\*Morphine sulfate** | | **2700 mg** | |
| **MST continus tablet** | **(20x10 mg)** | **13 kutu** | |
| **(14x30 mg)** | **6 kutu** | |
| **(6x60 mg)** | **7 kutu** | |
| **(4x100 mg)** | **6 kutu** | |
| **M-ESLON mikropellet kapsül** | **(21x10 mg)** | **12 kutu** | |
| **(14x30 mg)** | **6 kutu** | |
| **(7x60 mg)** | **6 kutu** | |
| **(7x100 mg)** | **3 kutu** | |
| **\*Pethidine HCl** | | **6000 mg (oral)** | | **10 günden önce tekrarlanmaz.** |
| **Aldolan ampul 100 mg** | **5 amp** | **3 kutu** | | **3 aydan önce tekrarlanmaz.** |
| **3 amp** | **5 kutu** | |
| **Pethidine antigen amp 100 mg** | | **2 kutu** | |
| **\*Oxymorphone** | | **25 mg** | | **\*** |
| **\*Hydromorphone** | | **35 mg** | | **\*** |
| **Jurnista 8 mg uzatılmış salımlı tablet 28 tablet** | | **1 kutu** | | **28 günden önce tekrarlanamaz** |
| **Jurnista16 mg uzatılmış salımlı tablet 28 tablet** | |
| **Jurnista 32 mg uzatılmış salımlı tablet 28 tablet** | |
| **Jurnista 64 mg uzatılmış salımlı tablet 28 tablet** | |
| **\*Poudre d'opium** | | **1250 mg** | | **\*** |
| **\*Teinture d'opium** | | **12.5 mg** | |
| **\*Codeine** | | **1000 mg** | | **10 günden önce tekrarlanamaz\*\*** |
| **\*Codeine phosphate 1/2 H2O** | | **1400 mg** | |
| **\*Oxycodone** | | **50 mg** | | **\*** |
| **\*Hydrocodone** | | **110 mg** | |
| **\*Dihydrocodeine** | | **600 mg** | |
| **\*Ethyl Morphine (Dionine)** | | **375 mg** | |
| **\*Fentanyl** | | **1500 mcg (1.5 mg)** | |
| **Fentanyl citrate ampul 10x2 ml (50 mcg/ml)** | | **1 kutu** | |
| **Fentanyl citrate flakon 10 ml (50 mcg/ml)** | | **3 flakon** | |
| **Fentanyl citrate flakon 20 ml (50 mcg/ml)** | | **1 flakon** | |
| **Fentanyl citrate BP antigen ampul 10x2 ml (50 mcg/ml)** | | **1 kutu** | |
| **ACTİQ 200 mcg oromukozal aplikatörlü pastil (200 mcgx3)** | | **4 kutu** | |
| **ACTİQ 400 mcg oromukozal aplikatörlü pastil (400 mcgx3)** | | **2 kutu** | |
| **ACTİQ 800 mcg oromukozal aplikatörlü pastil (800 mcgx3)** | | **2 kutu** | |
| **Transdermal flaster (fentanyl)** | | **75 mg** | | **Aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce tekrarlanamaz**  **“ 100 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”** **yazılabilir.** |
| **Durogesic 25 mcg/saat transdermal flaster (5x2.5 mg)** | | **6 kutu** | |
| **Durogesic 50 mcg/saat Transdermal Flaster (5x5.0 mg)** | | **3 kutu** | |
| **Durogesic 75 mcg/saat Transdermal Flaster (5x7.5 mg)** | | **2 kutu** | |
| **Durogesic 100 mcg/saat transdermal flaster (5x10.0 mg)** | | **1 kutu** | | **10 günden önce tekrarlanamaz\*\*** |
| **\*Alfentanil** | | **7 mg** | |  |
| **Rapifen Ampul 5 x 2 ml (0,5 mg / ml)** | |  | **1 kutu** | **bir kırmızı reçeteye ancak bir formu yazılabilir\*** |
| **Rapifen Ampul 5 x 10 ml (0,5 mg / ml)** | |  |
| **\*Remifentanil** | |  | |  |
| **Ultiva enjektabl flakon** | | **1 kutu** | | **\*** |
| **\*Sufentanil** | | **0.05 mg** | |  |
| **Sufenta ampul 5x2 ml (0.005 mg/ml)** | | **1 kutu** | | **bir kırmızı reçeteye ancak bir formu yazılabilir** |
| **Sufenta ampul 5x10 ml (0.005 mg/ml)** | |
| **\*Dextropropoxyphene HCl** | | **1000 mg** | | **\*** |
| **\*Tilidine HCl (Dalidine)** | | **1000 mg** | |
| **\*Diphenoxylate HCl** | | **38 mg** | |
| **\*Pentazocine (Basta, Sosegon ampul-tablet)** | | **300 mg** | |
| **Methadone** | | **125 mg** | |
| **Normethadone (Ticarda damla)** | | **112 mg** | |
| **\*Cocaine** | | **225 mg** | |
| **Ritalin tablet (30x10 mg)** | | **2 aylık 12 kutu** | | **sadece çocuk ve ergen psikiyatristleri ve yetiksin psikiyatristleri tarafından reçete edilebilir.. Ancak üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, eğitim aldıkları bu branşlardaki uzman hekimin yazması gereken bu ilaçları yazabilir** |
| **Concerta kontrollü salım tableti (30x18 mg)** | | **“ Concerta 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg Kontrollü Salım Tabletler , bir kırmızı reçeteye aynı dozdan iki aylık tedavi için en fazla 2 (iki) kutu, eğer günlük doz 72 mg/gün olarak belirlenmiş ise reçete de belirtilmek şartıyla 36 mg lık tabletlerden bir (1) aylık tedavi için en fazla (iki) kutu yazılabilinir.”** | |
| **Concerta kontrollü salım tableti (30x27 mg)** | |
| **Concerta kontrollü salım tableti (30x36 mg)** | |
| **Concerta kontrollü salımtableti (30x54 mg)** | |
| **\*Buprenorphine HCl** | | **9 mg (parenteral)** | | **\*** |
| **Temgesic ampul (5x0.3 mg)** | | **30 ampul** | |
| **\*Buprenorphine HCl** | | **10 mg (oral)** | |
| **Temgesic sublingual tablet (50x0.2 mg)** | | **1 kutu** | |
| **Nopan sublingual tablet (20x0.2 mg)** | | **2 kutu** | |
| **Suboxone 2mg/0.5mg** | | **6 kutu** | | **Reçeteler Kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı Madde bağımlılığı tedavi merkezlerince düzenlenen rapora istinaden erişkin ruh sağ. hast uz. ve çocuk ve ergen ruh sağ. ve hast.uz. tarafından yazılacak ve 14 günden önce tekrarlanmayacaktır.** |
| **Suboxone 8mg/2mg** | | **2 kutu** | |
| **Talinat 0,1 mg /2 ml IV/IM Enj.Çözelti Amp.10x2 ml ampul/kutu** | | **1 Kutu** | | **\*** |
| **Talinat 0,5 mg/2 ml IV/IM Enj. Çözelti Ampul 1x10 ml ampu/kutu** | | **3 kutu** | | **\*** |
| **Oxopane 5 mg 28 Kapsül** | | **9 Kutu** | | **1 aylık doz**  **\*\*** |
| **Oxopane 5 mg 56 Kapsül** | | **5 Kutu** | |
| **Oxopane 5 mg 90 Kapsül** | | **3 Kutu** | |
| **Oxopane 10 mg 28 Kapsül** | | **5 Kutu** | |
| **Oxopane 10 mg 56 Kapsül** | | **3 Kutu** | |
| **Oxopane 10 mg 90 Kapsül** | | **2 Kutu** | |
| **Oxopane 20 mg 28 Kapsül** | | **3 Kutu** | |
| **Oxopane 20 mg 56 Kapsül** | | **2 Kutu** | |
| **Oxopane 20 mg 90 Kapsül** | | **1 Kutu** | |
| **Xyrem 500 mg/ml Oral Çözelti** | | **“Xyrem için Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” eşliğinde teslim edilmek suretiyle üç aylık rapor için en fazla 9 Kutu ilaç verilebilir.** | | **Nörolöji Uzmanı Tarafından üç uzman hekimin imzası bulunan ilaç kullanım raporu ile Kırmızı Reçete düzenlenebilir.** |
| **Medikinet 5 mg 30 Tablet** | | **4 Kutu (1 aylık)** | | **Sadece çocuk, ergen ve yetişkin psikiyatristleri tarafından Kırmızı Reçete düzenlenebilir.**  **Medikinet Retard Kapsül formları ile Concerta Salım Tablet formları birlikte reçete edilemez.** |
| **Medikinet 5 mg 50 Tablet** | | **3 Kutu (1 aylık)** | |
| **Medikinet 10 mg 30 Tablet** | | **12 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet 10 mg 50 Tablet** | | **6 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet 20 mg 30 Tablet** | | **6 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet 20 mg 50 Tablet** | | **3 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 5 mg 30 Kapsül** | | **4 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 5 mg 50 Kapsül** | | **2 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 10 mg 30 Kapsül** | | **4 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 10 mg 50 Kapsül** | | **2 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 20 mg 30 Kapsül** | | **4 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 20 mg 50 Kapsül** | | **2 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 30 mg 30 Kapsül** | | **4 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 30 mg 50 Kapsül** | | **2 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 40 mg 30 Kapsül** | | **2 Kutu (2 aylık)** | |
| **Medikinet Retard 40 mg 50 Kapsül** | | **1 Kutu (2 aylık)** | |
| **Abstral 800mcg 10 Dilaltı Tablet** | | **3 Kutu (15 Günlük Doz)** | | **Tek uzman hekim raporuyla aynı farmasötik dozaj formundan 3 kutu daha reçete edilebilir.**  **Raporda gerekçesi belirtilmek kaydıyla toplam 6 kutuyu geçmeyecek şekilde farklı farmötik dozaj formu da reçete edilebilecektir.** |
| **Abstral 400 mcg 10 Dilaltı Tablet** | | **3 Kutu (15 Günlük Doz)** | |
| **Abstral 200 mcg 10 Dilaltı Tablet** | | **3 Kutu (15 Günlük Doz)** | |
| **Abstral 100 mcg 10 Dilaltı Tablet** | | **3 Kutu (15 Günlük Doz)** | |

**\*       : Kırmızı reçeteye yazılan günlük kullanım dozu ve bir kutuda bulunan ilaç miktarına bağlı olarak**

**reçetelendirilir.**

**\*\* : Aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde yazılamaz.**

**\*\*\*   : Sadece yetişkin / çocuk psikiyatri uzmanı yazabilir. Ancak üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ihtisas yapan asistanlar ile üst ihtisas yapmakta olan uzman hekimler, eğitim aldıkları bu branşlardaki uzman hekimin yazması gereken bu ilaçları yazabilir.**

**REÇETEYE YAZILAN İLAÇLAR RAPORLU DAHİ OLSA MAKSİMAL DOZLAR AŞILAMAZ**