

EÜ Támogatási lista, diabetológia – érvényes 2022.10.01-től

EÜ50 6/a.

Támogatott indikációk:

Dokumentált 2-es típusú cukorbetegség esetén, orális antidiabetikus kezelés kiegészítésére bázisinzulin terápiaként, amennyiben legalább 3 hónapig tartó orális antidiabetikum kezelés mellett a beállított medikáció ellenére a megfelelő anyagcserehelyzet (HbA_{1c}<7.0%) nem volt elérhető.

A javaslatot kiállító és a gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Diabetológiai szakellátóhely	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Diabetológiai szakellátóhely	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ABASAGLAR 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3ml patronban	EU/1/14/944/009
- LANTUS SOLOSTAR 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x3ml előretöltött injekciós tollban (solostar)	EU/1/00/134/033
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/00/134/006
- LEVEMIR 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3 ml	EU/1/04/278/003
- TOUJEO 300 EGYSÉG/ML DOUBLESTAR OLDATOS INJ. ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	3x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/00/133/038
- TOUJEO 300 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x1,5ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/00/133/035
- TRESIBA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/12/807/004

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E11

EÜ50 6/b.**Támogatott indikációk:**

Dokumentált 2-es típusú cukorbetegség esetén, amennyiben diétával, testsúly-csökkenéssel, életmódváltoztatással és metformin terápiával, legalább 3 hónapig tartó alkalmazása ellenére a megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartás (HbA1c<7.0%) nem volt elérhető, metforminnal kombinálva, vagy metformin-intolerancia, kontraindikáció esetén monoterápiában, amennyiben éhomi <8,0 mmol/l vércukor mellett a posztprandriális vércukorérték emelkedés meghaladja a 30%-ot és a szulfanilureával történő kombinációs terápiától fokozott hypoglicaemia veszélye várható.

A javaslatot kiállító és a gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Diabetológiai szakellátóhely	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

- NOVONORM 2 MG TABLETTA
- STARLIX 120 MG FILMTABLETTA

Kiszerezés

- 90x
- 84x

Törzskönyvi szám

- EU/1/98/076/019
- EU/1/01/174/012

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E11

EÜ50 6/c.**Támogatott indikációk:**

Dokumentált 2-es típusú cukorbetegség esetén, amennyiben diétával, testsúly-csökkenéssel, életmódváltoztatással és metformin terápiával, legalább 3 hónapig tartó alkalmazás ellenére a megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartás (HbA1c<7.0%) nem volt elérhető, metforminnal kombinálva, vagy metformin-intolerancia, kontraindikáció esetén szulfonilureával kombinálva, amennyiben éhomi <8,0 mmol/l vércukor mellett a posztprandriális vércukorérték emelkedése meghaladja a 30%-ot és az inzulinkezelés nem preferált.

A javaslatot kiállító és a gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Diabetológiai szakellátóhely	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Diabetológiai szakellátóhely	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

- ADEKSA 100 MG TABLETTA
- ADEKSA 50 MG TABLETTA
- GLUCOBAY 100 MG TABLETTA
- GLUCOBAY 100 MG TABLETTA
- GLUCOBAY 50 MG TABLETTA
- GLUCOBAY 50 MG TABLETTA
- GLUCOBAY 50 MG TABLETTA
- GLUCOBAY 50 MG TABLETTA

Kiszerezés

- 30x
- 30x
- 120x buboréksomagolásban pp//al
- 120x buboréksomagolásban pvc/pvdc//al
- 120x buboréksomagolásban pp//al
- 120x buboréksomagolásban pvc/pvdc//al
- 30x buboréksomagolásban pp//al
- 30x buboréksomagolásban pvc/pvdc//al

Törzskönyvi szám

- 18538 (PL)
- 18537 (PL)
- OGYI-T-01657/12
- OGYI-T-01657/06
- OGYI-T-01657/09
- OGYI-T-01657/03
- OGYI-T-01657/07
- OGYI-T-01657/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E11

EÜ50 6/d.**Támogatott indikációk:**

Dokumentált cukorbetegség esetén azon beteg részére, akinél a kezelés megkezdésének feltételei az EÜ100 2. vagy az EÜ100 3. pont szerint megfelelőek, azonban a beállított terápia ellenére a kezelés folytatásának az EÜ100 2. vagy EÜ100 3. pont szerinti feltételei nem teljesíthetők.

A javaslatot kiállító és a gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Diabetológiai szakellátóhely	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Diabetológiai szakellátóhely	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 6 hónap.

Termék név

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ABASAGLAR 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3ml patronban	EU/1/14/944/009
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/04/285/032
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/04/285/008
- FIASP 100 EGYSÉG/ML FLEXTOUCH OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	10x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/16/1160/006
- FIASP 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ INJEKCIÓSÜVEGBEN	1x10ml injekciós üvegben	EU/1/16/1160/007
- HUMALOG 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3ml patronban	EU/1/96/007/023
- HUMALOG 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ÜVEGBEN	1x10ml injekciós üvegben	EU/1/96/007/002
- LANTUS SOLOSTAR 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x3ml előretöltött injekciós tollban (solostar)	EU/1/00/134/033
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/00/134/006
- LEVEMIR 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3 ml	EU/1/04/278/003
- LIPROLOG 100 EGYSÉG/ML JUNIOR KWIKPEN OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/01/195/030
- LIPROLOG 200 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/01/195/028
- NOVORAPID FLEXPEN 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	10x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/99/119/010
- NOVORAPID PENFILL 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3ml patronban	EU/1/99/119/006
- NOVORAPID 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS ÜVEGBEN	1x10 ml	EU/1/99/119/001
- TOUJEO 300 EGYSÉG/ML DOUBLESTAR OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	3x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/00/133/038
- TOUJEO 300 EGYSÉG/ML SOLOSTAR OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x1,5ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/00/133/035
- TRESIBA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/12/807/00+ Elfogadható

BNO kód ok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E10, E11, E12, O24

EÜ70 1.**Támogatott indikációk:**

Dokumentált 2-es típusú cukorbetegségben, amennyiben életmód-terápia és metformin-kezelés legalább 3 hónapig tartó alkalmazása ellenére a megfelelő szénhidrátanyagcsere-helyzet (HbA1c<7%) nem volt elérhető, metforminnal kombinálva vagy metformin-intolerancia, -kontraindikáció esetén szulfonilureával kombinálva, kettős/hármas kombinációs kezelés esetén az adott gyógyszer(ek) alkalmazási előírásában meghatározott kombinációs lehetőségek szerint. (A kombinációs készítmények önmagukban is megfelelnek a metforminnal, illetve a szulfonilureával való kombináció feltételének.)

A javaslatot kiállító és a gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:**Munkahely**

Diabetológiai szakellátóhely
Diabetológiai szakellátóhely
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet
Háziorvos

Szakképesítés

Belgyógyászat
Csecsemő-gyermekgyógyászat
Belgyógyászat
Endokrinológia
Meggötés nélkül

Jogosultság

javasolhat és írhat
javasolhat és írhat
javasolhat és írhat
javasolhat és írhat
javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

- ACTOS 30 MG TABLETTA
- AGARTHA DUO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- AGARTHA DUO 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
- AGARTHA 50 MG TABLETTA
- ALIKVAL DUO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- ALIKVAL 50 MG TABLETTA
- BYDUREON 2 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ
- BYDUREON 2 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ,
ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- BYETTA 10 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- BYETTA 5 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- EUCREAS 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- EUCREAS 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- EUCREAS 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
- EUCREAS 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
- FORXIGA 10 MG FILMTABLETTA
- GALVUS 50 MG TABLETTA
- GLEROVA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- GLYPVILÓ 50 MG TABLETTA
- INCRESYNC 25 MG/30 MG FILMTABLETTA
- IPINZAN 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- IPINZAN 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
- JAGLIX 100 MG FILMTABLETTA
- JAMESI 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
új - JANSITIN 100 MG FILMTABLETTA
- JANUMET 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA

Kiszerezés

28x buboréksomagolásban
60x buboréksomagolásban
60x buboréksomagolásban
30xbuboréksomagolásban
60x buboréksomagolásban
60x buboréksomagolásban
4x1adag porüveg+oldószerüveg
4x előretöltött injekciós tollban

1x2,4ml előretöltött injekciós tollban
1x1,2ml előretöltött injekciós tollban
60x buboréksomagolásban
60X buboréksomagolásban)
60x buboréksomagolásban
60X buboréksomagolásban
30x1 buboréksomagolásban
28x buboréksomagolásban
56x buboréksomagolásban
30xbuboréksomagolásban
28x buboréksomagolásban
60x buboréksomagolásban átlátszó
60x buboréksomagolásban átlátszó
30x buboréksomagolásban
56x buboréksomagolásban átlátszatlan
30x buboréksomagolásban
56x

Törzskönyvi szám

EU/1/00/150/004
OGYI-T-23797/06
OGYI-T-23797/02
OGYI-T-23667/02
OGYI-T-24001/17
OGYI-T-23934/04
EU/1/11/696/001
EU/1/11/696/003

EU/1/06/362/003
EU/1/06/362/001
EU/1/07/425/027
EU/1/07/425/048.
EU/1/07/425/021
EU/1/07/425/039
EU/1/12/795/009
EU/1/07/414/003
OGYI-T-24045/09
OGYI-T-23324/02
EU/1/13/842/021
OGYI-T-23970/14
OGYI-T-23970/06
OGYI-T-23866/01
OGYI-T-24035/08
OGYI-T-23937/06
EU/1/08/455/010

EÜ70 1.**Termék név**

- JANUVIA 100 MG FILMTABLETTA
 - JARDIANCE 10 MG FILMTABLETTA
 - JARDIANCE 25 MG FILMTABLETTA
 - JAZETA 100 MG FILMTABLETTA
 - JENTADUETO 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - JENTADUETO 2,5 MG/850 MG FILMTABLETTA
 új - JUZIMETTE 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 új - JUZIMETTE 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - JUZINA 100 MG FILMTABLETTA
 - KOMBOGLYZE 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - KOMBOGLYZE 2,5 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - KWIKATON 50 MG TABLETTA
 - LONAMO 100 MG FILMTABLETTA
 - LYXUMIA 10 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ
 - LYXUMIA 20 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ
 - MAYMETSU 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - MAYMETSU 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - MAYSIGLU 100 MG FILMTABLETTA
 - MAYSIGLU 100 MG FILMTABLETTA
 új - MELKART 50 MG TABLETTA
 - ONGLYZA 5 MG FILMTABLETTA
 - OZEMPIC 0,25 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - OZEMPIC 0,5 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - OZEMPIC 1 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - RYBELSUS 14 MG TABLETTA
 - RYBELSUS 3 MG TABLETTA 3
 - RYBELSUS 7 MG TABLETTA
 - SAXOTIN 50 MG TABLETTA 28x
 - SAXOTIN 50 MG TABLETTA
 - SEGLUROMET 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN TEVA 100 MG FILMTABLETTA
 új - SITAGLIPTIN WÖRWAG 100 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA

Kiszerezés

28x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban átlátszatlan
 60x1 buboréksomagolásban
 60x1 buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban átlátszatlan
 56x buboréksomagolásban átlátszatlan
 30x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 1x előretöltött injekciós tollban
 2x előretöltött injekciós tollban
 56x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban naptáras
 28x buboréksomagolásban
 30 x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 30x1 buboréksomagolásban (perforált)
 1x1,5ml előretöltött injekciós tollban +4 tű
 1x1,5ml előretöltött injekciós tollban +4 tű
 1x3ml előretöltött injekciós tollban +4 tű
 30x buboréksomagolásban
 0x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 buboréksomagolásban
 56xbuboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban átlátszó
 56x buboréksomagolásban átlátszó
 28x buboréksomagolásban átlátszó
 56x buboréksomagolásban átlátszó
 28x buboréksomagolásban átlátszó
 56x buboréksomagolásban átlátszó
 30x átlátszó buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban átlátszatlan
 28x átlátszó buboréksomagolásban

Törzskönyvi szám

EU/1/07/383/014
 EU/1/14/930/014
 EU/1/14/930/005
 OGYI-T-23977/02
 EU/1/12/780/020
 EU/1/12/780/006
 OGYI-T-23950/11
 OGYI-T-23950/03
 OGYI-T-23848/02
 EU/1/11/731/009
 EU/1/11/731/003
 OGYI-T-23882/03
 OGYI-T-23956/15
 EU/1/12/811/001
 EU/1/12/811/003
 OGYI-T-23799/15
 OGYI-T-23799/34
 OGYI-T-23635/14
 OGYI-T-23635/15
 OGYI-T-23661/03
 EU/1/09/545/009
 EU/1/17/1251/002
 EU/1/17/1251/003
 EU/1/17/1251/005
 EU/1/20/1430/008
 EU/1/20/1430/002
 EU/1/20/1430/005
 OGYI-T-23205/01
 OGYI-T-23205/02
 EU/1/18/1265/011
 OGYI-T-23837/12
 OGYI-T-23837/14
 OGYI-T-23837/02
 OGYI-T-23837/04
 OGYI-T-23837/06
 OGYI-T-23837/08
 OGYI-T-23074/21
 OGYI-T-24086/05
 OGYI-T-23824/23

EÜ70 1.**Termék név**

- SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- SITAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- STEGLATRO 5 MG FILMTABLETTA
- STEGLUJAN 5 MG/100 MG FILMTABLETTA
- SULIQUA 100 EGYSÉG/ML + 33 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- SULIQUA 100 EGYSÉG/ML + 33 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- SULIQUA 100 EGYSÉG/ML + 50 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- SULIQUA 100 EGYSÉG/ML + 50 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- SYNJARDY 12,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- SYNJARDY 5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- TRAJENTA 5 MG FILMTABLETTA
- TRULICITY 0,75 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- TRULICITY 1,5 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- TRULICITY 3 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- TRULICITY 4,5 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- VELMETIA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA

új - VILDAGLIPTIN TEVA 50 MG TABLETTA

- VICTOZA 6 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- VILDAGLIPTIN-METFORMIN STADA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- VILDAGLIPTIN-METFORMIN STADA 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
- VILDAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- VILDAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
- VILSPOX 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- VILSPOX 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
- VIMETSO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- VIMETSO 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
- VIPDOMET 12,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- VIPDOMET 12,5 MG/850 MG FILMTABLETTA
- VIPIDIA 12,5 MG FILMTABLETTA
- VIPIDIA 25 MG FILMTABLETTA
- XELEVIA 100 MG FILMTABLETTA
- XIGDUO 5 MG/ 850 MG FILMTABLETTA
- XIGDUO 5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- XULTOPHY 100 EGYSÉG/ML + 3,6 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E11

Kiszerezés	Törzskönyvi szám
28x buboréksomagolásban	OGYI-T-23824/16
56x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-23824/24
56x buboréksomagolásban	OGYI-T-23824/19
56x buboréksomagolásban	OGYI-T-24010/02
28x buboréksomagolásban	EU/1/18/1267/002
28x buboréksomagolásban	EU/1/18/1266/002
3x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/16/1157/003
5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/16/1157/004
3x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/16/1157/001
5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/16/1157/002
60x1 adagonként perforált buboréksomagolásban	EU/1/15/1003/032
60x1 adagonként perforált buboréksomagolásban	EU/1/15/1003/014
30x buboréksomagolásban	EU/1/11/707/004
2x előretöltött injekciós tollban	EU/1/14/956/001
2x előretöltött injekciós tollban	EU/1/14/956/006
2x előretöltött injekciós tollban	EU/1/14/956/011
2x előretöltött injekciós tollban	EU/1/14/956/014
56x	EU/1/08/456/010
28x buboréksomagolásban	OGYI-T-23496/01
2x3ml	EU/1/09/529/002
60x buboréksomagolásban	OGYI-T-23944/15
60x buboréksomagolásban	OGYI-T-23944/05
60x buboréksomagolásban (2x30)	OGYI-T-23497/04
60x buboréksomagolásban (2x30)	OGYI-T-23497/03
60xbuboréksomagolásban	OGYI-T-23212/03
60xbuboréksomagolásban	OGYI-T-23212/01
60x buboréksomagolásban	OGYI-T-23918/10
60x buboréksomagolásban	OGYI-T-23918/03
56x buboréksomagolásban	EU/1/13/843/017
56x buboréksomagolásban	EU/1/13/843/005
28x buboréksomagolásban	EU/1/13/844/012
28x buboréksomagolásban	EU/1/13/844/021
28x	EU/1/07/382/014
60x buboréksomagolásban	EU/1/13/900/004
60x buboréksomagolásban	EU/1/13/900/010
3x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/14/947/002

EÜ90 2/a.**Támogatott indikációk:**

Inzulin kezelésben részesülő cukorbeteg részére ismétlődő eszméletvesztéssel járó hypoglycaemia esetén

A javaslatot kiállító és a gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Diabetológiai szakellátóhely	Belgyógyászat	írhat
Diabetológiai szakellátóhely	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	írhat

Termék név

- GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E10, E11, E12

Kiszerezés

1x porampulla +1 ml oldószer fecskendőben OGYI-T-04523/01

Törzskönyvi szám**EÜ90 2/b.****Támogatott indikációk:**

Felnőtt cukorbeteg részére, fájdalmas neuropathiában

A javaslatot kiállító és a gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Diabetológiai szakellátóhely	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Diabetológiai szakellátóhely	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

- CYMBALTA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

- DUCILTIA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

- DULASOLAN 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

- DULODET 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

- DULOXETIN SANDOZ 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

- DULOXETIN STADA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

- DULOXETIN-TEVA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

- DULOXETINE MYLAN 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

- DULOXETINE MYLAN 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

- DULOXETINE MYLAN 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA

Kiszerezés

28x

28x buboréksomagolásban

30x átlátszó buboréksomagolásban

4x7 buboréksomagolásban

28x buboréksomagolásban

28x buboréksomagolásban

28x buboréksomagolásban

28x buboréksomagolásban

28x buboréksomagolásban

28x buboréksomagolásban

Törzskönyvi szám

EU/1/04/296/002

OGYI-T-22935/08

OGYI-T-22920/03

OGYI-T-22889/14

OGYI-T-22979/07

OGYI-T-22902/17

OGYI-T-22843/04

EU/1/15/1010/011

EU/1/15/1010/029

EU/1/15/1010/050

EÜ90 2/b.

Termék név

- DULOXETINE ZENTIVA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA
 - DULOXGAMMA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA
 - DULSEVIA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA
 - DULSEVIA 90 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA
 - EGZYSTA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - EGZYSTA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 600 MG FILMTABLETTA
 - GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA
 - GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA
 - GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA
 - LYRICA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - LYRICA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - LYRICA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - NAXALGAN 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - NAXALGAN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - NAXALGAN 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRABEGIN 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRABEGIN 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRABIOLA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRABIOLA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRABIOLA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN RICHTER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN RICHTER 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN SANDOZ 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN SANDOZ 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN-TEVA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN-TEVA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN-TEVA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA

Kiszerezés

28x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 100x buboréksomagolásban
 50x buboréksomagolásban
 100x buboréksomagolásban
 50x buboréksomagolásban
 100x buboréksomagolásban
 100x átlátszó buboréksomagolásban
 50x átlátszó buboréksomagolásban
 100x átlátszó buboréksomagolásban
 50x átlátszó buboréksomagolásban
 3x20 buboréksomagolásban
 6x20 buboréksomagolásban
 3x20 buboréksomagolásban
 6x20 buboréksomagolásban
 3x20 buboréksomagolásban
 6x10 buboréksomagolásban
 6x20 buboréksomagolásban
 56x
 14x
 56x
 60x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban pvc/pvdc/alu
 56x buboréksomagolásban pvc/pvdc/alu
 56x buboréksomagolásban
 14x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban

Törzskönyvi szám

EU/1/15/1028/004
 OGYI-T-22908/09
 OGYI-T-22821/14
 OGYI-T-22821/23
 OGYI-T-22918/15
 OGYI-T-22918/09
 OGYI-T-20334/19
 OGYI-T-20334/17
 OGYI-T-20334/32
 OGYI-T-20334/30
 OGYI-T-20334/42
 OGYI-T-09069/04
 OGYI-T-09069/03
 OGYI-T-09069/06
 OGYI-T-09069/05
 OGYI-T-20874/03
 OGYI-T-20874/14
 OGYI-T-20874/04
 OGYI-T-20874/17
 OGYI-T-20874/24
 OGYI-T-20874/06
 OGYI-T-20874/20
 EU/1/04/279/018
 EU/1/04/279/011
 EU/1/04/279/012
 OGYI-T-23362/08
 OGYI-T-23362/14
 OGYI-T-23362/02
 OGYI-T-23514/05
 OGYI-T-23514/02
 OGYI-T-22823/36
 OGYI-T-22823/60
 OGYI-T-22823/20
 OGYI-T-22906/19
 OGYI-T-22906/11
 EU/1/15/1011/045
 EU/1/15/1011/021
 OGYI-T-22862/10
 OGYI-T-22862/04
 OGYI-T-22862/05

EÜ100 1.**Támogatott indikációk:**

Inzulinkezelésre szoruló (önmagában vagy orális antidiabetikum mellett) cukorbeteg

A javaslatot kiállító és a gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Diabetológiai szakellátóhely	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Diabetológiai szakellátóhely	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

- ACTRAPID PENFILL 100 NEMZETKÖZI EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN
- ACTRAPID 100 NEMZETKÖZI EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ
- HUMULIN M3 (30/70) 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN
- HUMULIN N 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN
- HUMULIN R 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN
- INSULATARD PENFILL 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN
- INSULATARD 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ INJEKCIÓS ÜVEGBEN (10 ML)
- INSUMAN BASAL SOLOSTAR 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- INSUMAN BASAL 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN
- INSUMAN COMB 25 SOLOSTAR 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- INSUMAN COMB 25 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN
- INSUMAN COMB 50 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN
- INSUMAN RAPID SOLOSTAR 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
- INSUMAN RAPID 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E10, E11, E12, O24

Kiszerezés

- 5x3ml patronban
- 1x10ml injekciós üvegben
- 5x3ml patronban
- 5x3ml patronban
- 5x3ml patronban
- 5x3ml
- 1x10 ml
- 5x3ml előretöltött injekciós tollban
- 5x3ml
- 5x3ml előretöltött injekciós tollban
- 5x3ml
- 5x3ml
- 5x3 ml előretöltött injekciós tollban
- 5x3ml

Törzskönyvi szám

- EU/1/02/230/006
- EU/1/02/230/003
- OGYI-T-05928/02
- OGYI-T-05932/02
- OGYI-T-05933/02
- EU/1/02/233/006
- EU/1/02/233/003
- EU/1/97/030/148
- EU/1/97/030/035
- EU/1/97/030/160
- EU/1/97/030/045
- EU/1/97/030/050
- EU/1/97/030/142
- EU/1/97/030/030

EÜ100 2.**Támogatott indikációk:**

-Legalább 3 hónapig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) 1-es vagy 2-es típusú diabetesben szenvedő cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást (HbA1c<8,0%) nem lehetett elérni, vagy megfelelő életmód-terápia mellett az étkezés után 60-90 perccel mért posztprandriális vércukorszint érték havonta négy alkalommal meghaladja a 10,0 mmol/l értéket, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikaemia jelentkezik.

-Három hónapnál rövidebb ideig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló cukorbeteg részére, ha legalább egy – az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos (az elhárításhoz külső segítséget igénylő) hypoglikaemia jelentkezik.

-2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében a gyógyszer alkalmazása egy év után csak akkor folytatható, ha a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző egy éven belül három - legalább két hónap különbséggel mért - HbA1c értéke közül kettő 8,0% alatt van. (A gyógyszer alkalmazása a HbA1c értéktől függetlenül akkor is folytatható, ha a betegnek legalább egy - az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos, az elhárításhoz külső segítséget igénylő hypoglikaemiás eseménye volt.)

-A fenti feltételek alapján végzett kezelést követően, 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében

- legalább egy évig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást (HbA1c<8,0%) nem lehetett elérni, vagy megfelelő életmód-terápia mellett az étkezés után 60-90 perccel mért posztprandriális vércukorszint érték havonta négy alkalommal meghaladja a 10,0 mmol/l értéket, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikaemia jelentkezik.

- legalább fél évig az Eü50 6/d. pont alapján kezelt cukorbeteg részére, amennyiben a szakorvosi javaslat kiállítását megelőzően legalább két hónap különbséggel mért HbA1c értéke közül kettő 8,0% alatt van.

- A kezelés további fenntartására a fenti szabályok vonatkoznak.

A javaslatot kiállító és a gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Diabetológiai szakellátóhely	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Diabetológiai szakellátóhely	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTTINJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/04/285/032
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/04/285/008
- FIASP 100 EGYSÉG/ML FLEXTOUCH OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	10x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/16/1160/006
- FIASP 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ INJEKCIÓSÜVEGBEN	1x10ml injekciós üvegben	EU/1/16/1160/007
- HUMALOG 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	2x5x3ml	EU/1/96/007/023
- HUMALOG 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ ÜVEGBEN	1x10ml injekciós üvegben	EU/1/96/007/002
- LIPROLOG 100 EGYSÉG/ML JUNIOR KWIKPEN OLDATOS	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/01/195/030
- LIPROLOG 200 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/01/195/028
- NOVORAPID FLEXPEN 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/99/119/010
- NOVORAPID PENFILL 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3ml patronban	EU/1/99/119/006
- NOVORAPID 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS ÜVEGBEN	1x10 ml	EU/1/99/119/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E10, E11, E12, O24

EÜ100 3.**Támogatott indikációk:**

- Legalább 3 hónapig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) 1-es vagy 2-es típusú diabetesben szenvedő cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást (HbA1c<8,0%) nem lehetett elérni, vagy havonta legalább 3 alkalommal – az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikæmia jelentkezik.
- Három hónapnál rövidebb ideig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló cukorbeteg részére, ha legalább egy – az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos (az elhárításhoz külső segítséget igénylő) hypoglikæmia jelentkezik.
- 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében a gyógyszer alkalmazása egy év után csak akkor folytatható, ha a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző egy éven belül három - legalább két hónap különbséggel mért - HbA1c értéke közül kettő 8,0% alatt van. (A gyógyszer alkalmazása a HbA1c értéktől függetlenül akkor is folytatható, ha a betegnek legalább egy - az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos, az elhárításhoz külső segítséget igénylő hypoglikæmiás eseménye volt.
- A fenti feltételek alapján végzett kezelést követően, 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében
 - legalább egy évig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást (HbA1c<8,0%) nem lehetett elérni, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikæmia jelentkezik.
 - legalább fél évig az Eü50 6/d. pont alapján kezelt cukorbeteg részére, amennyiben a szakorvosi javaslat kiállítását megelőzően legalább két hónap különbséggel mért HbA1c értéke közül kettő 8,0% alatt van.
- A kezelés további fenntartására a fenti szabályok vonatkoznak.

A javaslatot kiállító és a gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:**Munkahely**

Diabetológiai szakellátóhely
 Diabetológiai szakellátóhely
 Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet
 Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet
 Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet
 Házi orvos

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Szakképesítés

Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Endokrinológia
 Megkötés nélkül

Jogosultság

javasolhat és írhat
 javasolhat és írhat
 javasolhat és írhat
 javasolhat és írhat
 javasolhat és írhat
 javaslatra írhat

Termék név

- ABASAGLAR 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN
 - LANTUS SOLOSTAR 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN
 - LEVEMIR 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN
 - TOUJEO 300 EGYSÉG/ML DOUBLESTAR OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJ. TOLLBAN
 - TOUJEO 300 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - TRESIBA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN

Kiszerezés

10x3ml patronban
 5x3ml előretöltött injekciós tollban (solostar)
 5x3ml
 10x3 ml
 3x3ml előretöltött injekciós tollban
 5x1,5ml előretöltött injekciós tollban
 5x3ml előretöltött injekciós tollban

Törzskönyvi szám

EU/1/14/944/009
 EU/1/00/134/033
 EU/1/00/134/006
 EU/1/04/278/003
 EU/1/00/133/038
 EU/1/00/133/035
 EU/1/12/807/004

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E10, E11, E12