

EÜ Támogatási lista, diabetológia – érvényes 2023.09.01-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

- 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 INJ. ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS 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): 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 (HbA_{1c}<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**

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

Szakképesítés

Belgyógyászat
Belgyógyászat
Endokrinológia
Meggötés nélkül

Jogosultság

javasolhat és írhat
javasolhat és írhat
javasolhat és írhat
javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

- NOVONORM 2 MG TABLETTA

Kiszerezés

90x

Törzskönyvi szám

EU/1/98/076/019

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 (HbA_{1c}<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**

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

Szakképesítés

Belgyógyászat
Csecsemő-gyermekgyógyászat
Belgyógyászat
Csecsemő-gyermekgyógyászat
Endokrinológia
Meggötés nélkül

Jogosultság

javasolhat és írhat
javasolhat és írhat
javasolhat és írhat
javasolhat és írhat
javasolhat és írhat
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
- 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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképzésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképzés	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 szénhidrátanyagcseré-helyzet (HbA_{1c}<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
Megkötés nélkül

Jogosultság

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

- 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
- ANVILDIS 50 MG TABLETTA
- ANVILDIS 50 MG TABLETTA
új - ANVILDIS DUO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- 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
- GLYPVILO 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
- JANSITIN 100 MG FILMTABLETTA

Kiszerelés

60x buboréksomagolásban
60x buboréksomagolásban
30xbuboréksomagolásban
60x buboréksomagolásban
60x buboréksomagolásban
28x buboréksomagolásban
56x 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

Törzskönyvi szám

OGYI-T-23797/06
OGYI-T-23797/02
OGYI-T-23667/02
OGYI-T-24001/17
OGYI-T-23934/04
OGYI-T-23914/03
OGYI-T-23914/05
OGYI-T-24097/06
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

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
 - JUZIMETTE 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - JUZIMETTE 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - JUZIMETTE 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - 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 DUO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - LONAMO 100 MG FILMTABLETTA
 - LYXUMIA 10 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ
 - LYXUMIA 20 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ
 - MAYMETSI 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - MAYMETSI 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - MAYMETSI 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - MAYSIGLU 100 MG FILMTABLETTA
 - MELKART 50 MG TABLETTA
 - MIFOMET 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA 56x
 - 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
 - RYBFELSUS 3 MG TABLETTA 3
 - RYBELSUS 7 MG TABLETTA
 - SAXOTIN 50 MG TABLETTA
 - SAXOTIN 50 MG TABLETTA
 - SEGLUROMET 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA
 - SITGLIPTIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN TEVA 100 MG FILMTABLETTA

Kiszerelés

28x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban átlátszatlan
 60x1 buboréksomagolásban
 60x1 buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban átlátszatlan
 60x buboréksomagolásban átlátszatlan
 56x buboréksomagolásban átlátszatlan
 60x buboréksomagolásban átlátszatlan
 30x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 1x előretöltött injekciós tollban
 2x előretöltött injekciós tollban
 56x buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban naptáras
 60x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 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
 30x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 56xbuboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban átlátszó
 56x buboréksomagolásban átlátszó
 28x buboréksomagolásban átlátszó
 28x buboréksomagolásban átlátszó
 30x átlátszatlan 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-23950/12
 OGYI-T-23950/03
 OGYI-T-23950/04
 OGYI-T23848/02
 EU/1/11/731/009
 EU/1/11/731/003
 OGYI-T-23882/03
 OGYI-T-24071/17
 OGYI-T-23956/15
 EU/1/12/811/001
 EU/1/12/811/003
 OGYI-T-23799/15
 OGYI-T-23799/34
 OGYI-T-23799/17
 OGYI-T-23635/14
 OGYI-T-23661/03
 OGYI-T-24096/09
 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-23837/06
 OGYI-T-23074/19

EÜ70 1.**Termék név**

- SITAGLIPTIN WÖRWAG 100 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
 - VICTOZA 6 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - VILDAGLIPTIN TEVA 50 MG TABLETTA
 - VILDAGLIPTIN-METFORMIN STADA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN-METFORMIN STADA 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN/METFORMIN SUPREMEX 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/850 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

Kiszerelés

28x buboréksomagolásban átlátszatlan
 28x átlátszó buboréksomagolásban
 56x átlátszó buboréksomagolásban
 56x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 3x3ml előretöltött injekciós tollban

5x3ml előretöltött injekciós tollban

3x3ml előretöltött injekciós tollban

5x3ml előretöltött injekciós tollban

60x1 adagonként perforált buboréksomagolásban

60x1 adagonként perforált buboréksomagolásban

30x buboréksomagolásban

2x előretöltött injekciós tollban

2x előretöltött injekciós tollban

2x előretöltött injekciós tollban

2x előretöltött injekciós tollban

56x

2x3ml

28x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban (2x30)

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban (2x30)

60xbuboréksomagolásban

60xbuboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

56x buboréksomagolásban

56x buboréksomagolásban

28x buboréksomagolásban

28x buboréksomagolásban

28x

60x buboréksomagolásban

Törzskönyvi szám

OGYI-T-24086/05

OGYI-T-23824/23

OGYI-T-23824/24

OGYI-T-24010/02

EU/1/18/1267/002

EU/1/18/1266/002

EU/1/16/1157/003

EU/1/16/1157/004

EU/1/16/1157/001

EU/1/16/1157/002

EU/1/15/1003/032

EU/1/15/1003/014

EU/1/11/707/004

EU/1/14/956/001

EU/1/14/956/006

EU/1/14/956/011

EU/1/14/956/014

EU/1/08/456/010

EU/1/09/529/002

OGYI-T-23496/01

OGYI-T-23944/15

OGYI-T-23944/05

OGYI-T-24117/01

OGYI-T-23497/02

OGYI-T-23497/04

OGYI-T-23497/01

OGYI-T-23497/03

OGYI-T-23212/03

OGYI-T-23212/01

OGYI-T-23918/10

OGYI-T-23918/03

EU/1/13/843/017

EU/1/13/843/005

EU/1/13/844/012

EU/1/13/844/021

EU/1/07/382/014

EU/1/13/900/004

EÜ70 1.**Termék név**

- 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

Kiszerelés

60x buborékcsoomagolásban
 3x3ml előretöltött injekciós tollban

Törzskönyvi szám

EU/1/13/900/010
 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**

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

Szakképesítés

Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Endokrinológia

Jogosultság

írhat
 írhat
 írhat
 írhat
 írhat

Termék név

- GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ

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

Kiszerelés

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 gyógyszer 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
 Endokrinológia
 Neurológia
 Megkötés nélkül

Jogosultság

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

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
 - 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

Kiszerelés

28x
 28x buboréksomagolásban
 30x átlátszó buboréksomagolásban
 4x7 buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 28x buboréksomagolásban
 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

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
 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

EÜ90 2/b.**Termék név**

- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - 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
 - PRAGIOLA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRAGIOLA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRAGIOLA 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
 - PREGAMID 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGAMID 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRENUDOL 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRENUDOL 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - THIOCTIC ACID ZENTIVA 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOCTIC ACID ZENTIVA 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOGAMMA ORAL 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOGAMMA ORAL 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOTEP 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOTEP 600 MG FILMTABLETTA

Kiszerezés

3x20 buboréksomagolásban
 3x20 buboréksomagolásban
 6x10 buboréksomagolásban
 56x
 14x
 56x
 60x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 56x 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
 60x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban
 30x buboréksomagolásban
 60x buboréksomagolásban

Törzskönyvi szám

OGYI-T-20874/04
 OGYI-T-20874/24
 OGYI-T-20874/06
 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
 OGYI-T-2866/22
 OGYI-T-22866/16
 OGYI-T-23573/02
 OGYI-T-23573/01
 OGYI-T-23785/01
 OGYI-T-23785/02
 OGYI-T-06670/08
 OGYI-T-06670/09
 OGYI-T-23791/01
 OGYI-T-23791/0

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E104, E114, E124, G590, G632

EÜ90 30.**Támogatott indikációk:**

Humán előkevert inzulinkezelés alatt álló cukorbeteg részére kétszeri, vagy intenzív mix terápia (IMT) részeként háromszori adagolás formájában, amennyiben a posztprandiális vércukorszint dokumentáltan többszöri mérés alkalmával meghaladja a 10,0 mmol/l értéket, vagy dokumentáltan gyakori, tüneteket okozó hypoglikæmia jelentkezik, illetve az intenzifikált inzulinkezelés (bázis/bólus, ICT) nem preferált.

A javaslatot kiállító és a gyógyszerrel rendelõ orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó elõírások:**Munkahely**

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Szakképesítés

Belgyógyászat
 Csecsemõ-gyermekgyógyászat
 Belgyógyászat
 Csecsemõ-gyermekgyógyászat
 Endokrinológia
 Megkötés nélkül

Jogosultság

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

Termék név

- HUMALOG MIX 25 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN
 - HUMALOG MIX 50 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN
 - NOVOMIX 30 PENFILL 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN

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

Kiszerezés

10x3ml patronban
 10x3ml patronban
 10x3 ml patronban

Törzskönyvi szám

EU/1/96/007/024
 EU/1/96/007/025
 EU/1/00/142/005

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**

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-gyermekegyógyászat
 Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekegyógyászat
 Endokrinológia
 Megkötés nélkül

Jogosultság

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

Termék név

- ACTRAPID PENFILL 100 NEMZETKÖZI EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN
 - 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
 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
 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 ($HbA_{1c} < 8,0\%$) 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 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 - HbA_{1c} értéke közül kettő 8,0% alatt van. (A gyógyszer alkalmazása a HbA_{1c} 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 ($HbA_{1c} < 8,0\%$) 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 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 HbA_{1c} 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

Háziorvos

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTTINJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)

- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN

- FIASP 100 EGYSÉG/ML FLEXTOUCH OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN

- FIASP 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ INJEKCIÓSÜVEGBEN

- HUMALOG 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN

- HUMALOG 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ ÜVEGBEN

- LIPROLOG 100 EGYSÉG/ML JUNIOR KWIKPEN OLDATOS

- LIPROLOG 200 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN

- NOVORAPID FLEXPEN 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ

- NOVORAPID PENFILL 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN

- NOVORAPID 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS ÜVEGBEN

Kiszerelés

5x3ml előretöltött injekciós tollban

5x3ml

10x3ml előretöltött injekciós tollban

1x10ml injekciós üvegben

2x5x3ml

1x10ml injekciós üvegben

5x3ml előretöltött injekciós tollban

5x3ml előretöltött injekciós tollban

10x3ml előretöltött injekciós tollban

10x3ml patronban

1x10 ml

Törzskönyvi szám

EU/1/04/285/032

EU/1/04/285/008

EU/1/16/1160/006

EU/1/16/1160/007

EU/1/96/007/023

EU/1/96/007/002

EU/1/01/195/030

EU/1/01/195/028

EU/1/99/119/010

EU/1/99/119/006

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 ($HbA_{1c} < 8,0\%$) 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 - HbA_{1c} értéke közül kettő $8,0\%$ alatt van. (A gyógyszer alkalmazása a HbA_{1c} 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 ($HbA_{1c} < 8,0\%$) 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 HbA_{1c} 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