

***Az emelt, kiemelt indikációhoz kötött támogatási
kategóriába tartozó betegségcsoportok,
indikációs területek és a felírásra jogosultak köre***

Emelt, indikációhoz kötött támogatással rendelheti**EÜ 50 százalékos támogatási kategória**

vált. EÜ50 3/a.

Támogatott indikációk:

- Enyhe és középsúlyos Alzheimer-betegség, ha a szakmai protokoll szerinti átvizsgálás dokumentáltan megtörtént és a Mini-Mental Teszt értéke 10-26 pont között van, abban az esetben, ha a Mini-Mental Teszt pontérték csökkenése egy éven belül nem haladja meg a 3 pontot

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ARICEPT 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-06059/01
- COGNEZIL 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20785/12
- COGNEZIL 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20785/02
- DONECTIL 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20599/06
- DONECTIL 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20599/02
- DONEPEZIL BLUEFISH 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (pvc/alu)	OGYI-T-21375/02
- DONEPEZIL BLUEFISH 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (pvc/alu)	OGYI-T-21375/01
- DONEPEZIL MYLAN 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20864/03
- DONEPEZIL ORION 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20881/02
- DONEPEZIL ORION 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20881/01
- DONEPEZIL STADA 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20852/02
- DONEPEZIL STADA 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20852/01
- DONEPEZIL-TEVA 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20723/02
- DONEPEZIL-TEVA 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20723/01
- DONESYN 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20699/02
- DONESYN 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20699/01
- EXELON 1,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban	EU/1/98/066/001
- EXELON 3 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban	EU/1/98/066/004
- EXELON 4,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban	EU/1/98/066/007
- EXELON 4,6 MG/24 ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	30x	EU/1/98/066/020
- EXELON 6 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban	EU/1/98/066/010

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EXELON 9,5 MG/24 ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	30x	EU/1/98/066/024
- PALIXID 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20542/02
- PALIXID 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20542/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G309

vált. EÜ50 3/b.

Támogatott indikációk:

- Középsúlyos és súlyos Alzheimer-betegség, ha a szakmai protokoll szerinti átvizsgálás dokumentáltan megtörtént és a Mini-Mental Teszt értéke 20 pont alatt van

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EBIXA 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/02/219/007
- EBIXA 10 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	EU/1/02/219/008
- EBIXA 5 MG/KIPUMPÁLT ADAG, BELSŐLEGES OLDAT	1x50g	EU/1/02/219/005

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G309

EÜ50 5.

Támogatott indikációk:

- Az otthoni szakápolás bizonyítottan meglévő feltételei esetén az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Háziorvos	Megkötés nélkül	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AQUA DESTILLATA PRO INJECTIONE "PM"	100x10 ml ampulla	OGYI-T-20303/02
- AQUA DESTILLATA PRO INJECTIONE "PM"	5x10ml ampulla	OGYI-T-20303/01
- ISODEX 50 MG/ML OLDATOS INFÚZIÓ	1x500ml műanyag zsákban	OGYI-T-03503/04
- ISODEX 50 MG/ML OLDATOS INFÚZIÓ	1x500ml üvegpalackban	OGYI-T-03503/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NATRIUM CHLORATUM TEVA 0,9% OLDATOS INJEKCIÓ	10x10 ml ampulla	OGYI-T-09776/03
- RINGER LAKTÁT-HARTMANN TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1x1000ml műanyag zsákban	OGYI-T-06189/02
- RINGER LAKTÁT-HARTMANN TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1x500ml műanyag zsákban	OGYI-T-06189/01
- RINGER LAKTÁT-HARTMANN TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1x500ml üvegpalackban	OGYI-T-06189/03
- RINGER-TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1x1000ml műanyag zsákban	OGYI-T-05890/03
- RINGER-TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1x500ml műanyag zsákban	OGYI-T-05890/01
- RINGER-TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1x500ml üvegpalackban	OGYI-T-05890/04
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x1000ml műanyag zsákban	OGYI-T-03514/09
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x1000ml üvegpalackban	OGYI-T-03514/08
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x250ml üvegpalackban	OGYI-T-03514/05
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x500ml műanyag zsákban	OGYI-T-03514/07
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x500ml üvegpalackban	OGYI-T-03514/06

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E8780, Y5780

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 gyógyszerert 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	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/00/134/033
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/00/134/006
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN (OPTICLIK)	5x3ml	EU/1/00/134/025
- LEVEMIR 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3 ml	EU/1/04/278/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 posztprandiális vércukorérték emelkedés meghaladja a 30%-ot és a szulfanilureával történő kombinációs terápiától fokozott hypoglicaemia veszélye várható.

A javaslatot kiállító és a gyógyszert 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	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ILGAPER 2 MG TABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-21482/13
- NOVONORM 2 MG TABLETTA	90x	EU/1/98/076/019
- STARLIX 120 MG FILMTABLETTA	84x	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 (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 posztprandiális vércukorérték emelkedése meghaladja a 30%-ot és az inzulinkezelés nem preferált.

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	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACARBOSE MYLAN 100 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20981/17
- ACARBOSE MYLAN 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20981/13
- ACARBOSE MYLAN 50 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20981/07
- ACARBOSE MYLAN 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20981/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- GLUCOBAY 100 MG TABLETTA	120x	OGYI-T-01657/06
- GLUCOBAY 50 MG TABLETTA	120x	OGYI-T-01657/03
- GLUCOBAY 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-01657/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- 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 INJEKCIÓS ÜVEGBEN	1x10ml injekciós üvegben	EU/1/04/285/001
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/04/285/008
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN (OPTICLIK)	5x3ml	EU/1/04/285/024
- HUMALOG 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/96/007/004
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/00/134/033
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/00/134/006
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN (OPTICLIK)	5x3ml	EU/1/00/134/025
- LEVEMIR 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3 ml	EU/1/04/278/003
- NOVORAPID PENFILL 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3ml patronban	EU/1/99/119/006

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

EÜ50 7.

Támogatott indikációk:

- Térdízületi arthrosis súlyos, folyadékgyülemmel járó esetei

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
-----------	---------------	-------------

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Ortopédia	írhat
Megkötés nélkül	Ortopédia-traumatológia	írhat
Megkötés nélkül	Reumatológia	írhat
Megkötés nélkül	Traumatológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- HYALGAN 20 MG/2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x2 ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04529/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): M179

EÜ50 8.

Támogatott indikációk:

- Herpes simplex és herpes zooster dokumentáltan súlyos ophtalmicus szövődményei

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Szemészet	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- VIRGAN 1,5 MG/G SZEMGÉL	1x5g tubusban	OGYI-T-20035/01
- VIROLEX 30 MG/G SZEMKENŐCS	1x4,5g al tubusban	OGYI-T-01375/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): B005, B023

EÜ50 9/a1.

Támogatott indikációk:

- Az asthma bronchiale ICS+LABA kombinációjával nem kontrollált formájában (ez az alábbi jellemzők közül három vagy több meglétét jelenti: nappali tünetek legalább hetente kétszer, fizikai aktivitás korlátozottsága, éjszakai felébredés dyspnoe miatt, rohamoldó szükséglet több mint kétszer egy héten, FEV1<80% alatt)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Allergológia és klinikai immunológia	írhat
Megkötés nélkül	Gyermektüdőgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EGIFILIN 200 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	2x10 buboréksomagolásban	OGYI-T-04806/01
- EGIFILIN 300 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-04807/01
- EGIFILIN 50 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	2x10 buboréksomagolásban	OGYI-T-04804/01
- EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/02
- EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/01
- EUPHYLONG 200 MG OLDATOS INJEKCIÓ	5x10ml	OGYI-T-05991/07
- EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/04
- EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/03
- EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/06
- EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/05
- RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-02025/02
- RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA	30x üvegben	OGYI-T-02025/01
- RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-02026/02
- RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA	30x üvegben	OGYI-T-02026/01
- THEOSPIREX 150 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04246/01
- THEOSPIREX 200 MG/10 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x10ml	OGYI-T-04246/03
- THEOSPIREX 300 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04246/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): J4500, J4510, J4580, J4590

EÜ50 9/a2.

Támogatott indikációk:

- Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), ha a FEV1 kisebb mint a kívánt érték 80%-a, egy vagy több elhúzó hatású hörgőtágító kiegészítőjeként

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EGIFILIN 200 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	2x10 buboréksomagolásban	OGYI-T-04806/01
- EGIFILIN 300 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-04807/01
- EGIFILIN 50 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	2x10 buboréksomagolásban	OGYI-T-04804/01
- EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/02
- EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/01
- EUPHYLONG 200 MG OLDATOS INJEKCIÓ	5x10ml	OGYI-T-05991/07

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/04
- EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/03
- EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/06
- EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05991/05
- RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-02025/02
- RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA	30x üvegben	OGYI-T-02025/01
- RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-02026/02
- RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA	30x üvegben	OGYI-T-02026/01
- THEOSPIREX 150 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04246/01
- THEOSPIREX 200 MG/10 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x10ml	OGYI-T-04246/03
- THEOSPIREX 300 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04246/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): J4410, J4480, J4490

EÜ50 10.

Támogatott indikációk:

- Coronariascleroticus stabil angina pectoris, komplex antianginás kezelés mellett ismétlődő anginiform panaszok fennállása esetén

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ADEXOR MR 35 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAG LEADÁSÚ FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-09067/01
- MEZITAN 35 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-21279/01
- MODUXIN MR 35 MG RETARD TABLETTA	60x buboréksomagolásban (al//pvc)	OGYI-T-20603/02
- PREDUCTAL MR 35 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-08844/01
- TRIMETAZIDINE SANDOZ 35 MG RETARD TABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/aclar/al)	OGYI-T-21756/18
- TRIMETAZIDIN-RATIOPHARM 35 MG RETARD TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21552/01
- VASCOTASIN 35 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21590/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): I2010, I2080, I2090

EÜ 70 százalékos támogatási kategória**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	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
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACTOS 30 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/00/150/004
- AVAGLIM 4 MG/4 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/06/349/002
- AVAGLIM 8 MG/4 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/06/349/006
- AVANDAMET 2 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/03/258/009
- AVANDAMET 2 MG/500 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/03/258/005
- AVANDAMET 4 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/03/258/012
- AVANDIA 4 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/00/137/006
- AVANDIA 8 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/00/137/011
- BYETTA 10 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x2,4ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/06/362/003
- BYETTA 5 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x1,2ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/06/362/001
- COMPETACT 15 MG/850 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/06/354/005
- EUCREAS 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/07/425/009
- EUCREAS 50 MG/850 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/07/425/003
- GALVUS 50 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/414/003
- GALVUS 50 MG TABLETTA	56x buboréksomagolásban	EU/1/07/414/005
- JANUMET 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/08/455/010
- JANUVIA 100 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/383/014
- JENTADUETO 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA	60x1 buboréksomagolásban	EU/1/12/780/020
- JENTADUETO 2,5 MG/850 MG FILMTABLETTA	60x1 buboréksomagolásban	EU/1/12/780/006
- ONGLYZA 5 MG FILMTABLETTA	30x1 buboréksomagolásban (perforált)	EU/1/09/545/009

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TRAJENTA 5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	EU/1/11/707/004
- VELMETIA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/08/456/010
- VICTOZA 6 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	2x3ml	EU/1/09/529/002
- XELEVIA 100 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/07/382/014

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

EÜ70 2/a1.

Támogatott indikációk:

- Lezajlott tranzienis ischemias attack (TIA), illetve stroke után halmozott atherothrombotikus rizikó esetén secunder stroke prevenció céljából

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Kardiológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Kardiológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ASASANTIN RETARD KAPSZULA	30x pp tartályban	OGYI-T-07491/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): G45, I63

EÜ70 2/a2.

Támogatott indikációk:

- Akut koronária szindróma (instabil angina, NSTEMI, STEMI), perkután endovasculáris intervencióját követően, amennyiben a clopidogrel terápia nem preferált
- Agyi és végtagi artériás keringési zavarban szenvedő betegek cerebro- és cardiovascularis akut ischémias komplikációinak prevenciója céljából
- Cerebrovascularis betegségek, perifériás artériás obstrukció secunder prevenciójára dokumentált ASA allergia, ASA rezisztencia, műszeres vizsgálattal igazolt ASA-non-responsio, valamint ASA alkalmazása mellett kialakult endoscoppal, vagy Weber-vizsgálattal igazolt gastrointestinalis vérzés, ASA-indukálta asthmaroham esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Belgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Érsebészet	írhat
Megkötés nélkül	Kardiológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Érsebészet	javasolhat és írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Kardiológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACLOTIN 250 MG FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-09235/01
- ACLOTIN 250 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-09235/02
- APLATIC 250 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-06121/01
- IPATON FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-06824/01
- TICLID 250 MG FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-01740/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G45, I2000, I2010, I2080, I2090, I2100, I2110, I2120, I2130, I2140, I2200, I2210, I2280, I240, I249, I63, I64, I740, I7410, I7420, I7430, I7440, I7450, I7480, I7710, I7711, Z955

EÜ70 2/a3.**Támogatott indikációk:**

- Akut koronária szindróma (instabil angina, NSTEMI, STEMI) perkután endovasculáris intervencióját követően egy évig ASA-val kombinálva
- ST-eleváció nélküli akut coronaria szindrómában (instabil angina vagy NSTEMI/non-Q myocardialis infarctus) egy évig ASA-val kombinálva
- STEMI-ben thrombolitikus kezelést követően ASA-val kombinálva maximum négy hétig
- Ischaemiás eredetű cerebrovascularis betegségek, instabil angina, non-QMI, NSTEMI, AMI, perifériás artériás obstrukció angiográfiával, vagy egyéb képalkotó vizsgálattal igazolt eseteiben, szekunder prevenció céljára, dokumentált ASA-allergia, ASA rezisztencia, műszeresen igazolt ASA-non-responsió, valamint ASA adása mellett kialakult endoscoppal, vagy Weber-vizsgálattal igazolt gastrointestinalis vérzés, ASA-indukálta asthmaroham esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Belgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Érsebészet	írhat
Megkötés nélkül	Kardiológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Érsebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Kardiológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ATROMBIN 75 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20865/01
- CLOPIDEP 75 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (al/al)	OGYI-T-21117/04
- CLOPIDOGREL ACTAVIS 75 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21097/03
- CLOPIDOGREL GSK 75 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21051/01
- CLOPIDOGREL MYLAN 75 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (opa/al/pvc/al)	EU/1/09/559/003
- CLOPIDOGREL TEVA 75 MG FILMTABLETTA	30x1 buboréksomagolásban	EU/1/09/540/012
- CLOPIDOGREL-Q PHARMA 75 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21158/01
- CLOPIGAMMA 75 MG FILMTABLETTA	14x buboréksomagolásban (pvc/pe/pvdc/al)	OGYI-T-21115/02
- KERBERAN 75 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (pvc/pe/pvdc/al)	OGYI-T-20746/01
- LOFRADYK 75 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20974/01
- PLAGREL 75 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20778/01
- TROMBEX PLUS 75 MG+100 MG FILMTABLETTA ÉS GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	28x+28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21732/01
- TROMBEX 75 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20937/07
- ZYLLT 75 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/09/553/004

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G45, I2000, I2080, I2100, I2110, I2120, I2130, I2140, I2190, I2191, I2200, I2210, I2280, I2290, I252, I63, I64, I7310, I7420, I7430, I7440, I7450, I7480, I7710, Z955

EÜ70 5.

Támogatott indikációk:

- Teljes vagy részleges hasnyálmirigy-eltávolítás
- Dokumentáltan súlyos maldigestio

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugárterápia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- KREON 10.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	20x hdpe tartályban	OGYI-T-04231/08
- KREON 10.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-04231/09
- KREON 25.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-04231/03
- KREON 25.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-04231/02
- NEO-PANPUR GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ FILMTABLETTA	30x fóliacsík	OGYI-T-03762/01
- PANGROL 10 000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x műanyag tartályban	OGYI-T-07601/05
- PANGROL 25 000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x műanyag tartályban	OGYI-T-07601/02
- PANGROL 25 000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	50x műanyag tartályban	OGYI-T-07601/01
- PANZYTRAT 25000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x üvegben	OGYI-T-04197/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K903, K909, K919

EÜ70 6.

Támogatott indikációk:

- Tartós vagy intermittáló katéterkezelés esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- INSTILLAGEL 0,52 MG/20,9 MG GÉL	10x11ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-02066/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): R33H0

EÜ70 7.

Támogatott indikációk:

- A rosszindulatú daganatos betegségek dokumentált ossealis manifesztációja

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- APRANAX 275 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-03742/01
- APRANAX 550 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04030/01
- DICLAC 150 MG RETARD TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-04000/06
- DICLOFENAC AL 50 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-09355/04
- DICLOFENAC AL 75 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x ampulla	OGYI-T-09355/07
- DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-04194/03
- DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-04194/01
- DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04194/02
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-05411/12
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05411/07
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05411/06
- DICLOFENAC-TEVA 100 MG VÉGBÉLKÚP	10x fóliacsík (al/pe)	OGYI-T-04419/01
- DONALGIN 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x pp tartályban	OGYI-T-03557/01
- HOTEMIN 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-03797/01
- NAPMEL 250 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05595/04
- NAPMEL 500 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05595/06
- SURGAM 300 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-01546/01
- TILCOTIL 20 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-03885/01
- TILCOTIL 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-03885/02
- TILCOTIL 20 MG VÉGBÉLKÚP	10x	OGYI-T-03885/03
- VOLTAREN 75 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x3ml ampulla	OGYI-T-05572/06

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C795, R52

EÜ70 8/a.

Támogatott indikációk:

- Rheumatoid arthritis - az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő életkori korlátozások figyelembe vételével, az ott szereplő javallatokban
- Spondylitis ankylopoetica - az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő életkori korlátozások figyelembe vételével, az ott szereplő javallatokban
- Arthritis psoriatica - az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő életkori korlátozások figyelembe vételével, az ott szereplő javallatokban
- Súlyos nagyízületi arthrosis - az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő életkori korlátozások figyelembe vételével, az ott szereplő javallatokban
- Akut arthritis urica vagy krónikus arthritis urica akut exacerbatioja - az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő életkori korlátozások figyelembe vételével, az ott szereplő javallatokban

Támogatott indikációk:

- Fiatalkori rheumatoid arthritis esetén - az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő életkori korlátozások figyelembe vételével, az ott szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACECGEN 100 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21100/03
- AKLOFEP 100 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21742/01
- AKLOFEP 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21742/02
- APRANAX 275 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-03742/01
- APRANAX 550 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04030/01
- CAMELOX 15 MG TABLETTA	20x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-10465/03
- CAMELOX 15 MG TABLETTA	50x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-10465/04
- DELAGIL TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-03213/01
- DICLAC 150 MG RETARD TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-04000/06
- DICLOFENAC AL 50 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-09355/04
- DICLOFENAC AL 75 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x ampulla	OGYI-T-09355/07
- DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-04194/03
- DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-04194/01
- DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04194/02
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-05411/12
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05411/07
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05411/06
- DICLOFENAC-TEVA 100 MG VÉGBÉLKÚP	10x fóliacsík (al/pe)	OGYI-T-04419/01
- DONALGIN 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x pp tartályban	OGYI-T-03557/01
- HOTEMIN 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-03797/01
- MELODYN 15 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09794/02
- MELOXAN 15 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20053/02
- MELOXEP 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-10293/01
- MELOXEP 15 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10293/02
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-20079/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20079/05
- MELOXICAM-TEVA 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-20078/04
- MELOXICAM-ZENTIVA 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-20656/04
- MESULID 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-06459/01
- MESULID 50 MG/G GRANULÁTUM	30x tasakban	OGYI-T-06459/02
- MOXICAM 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-09828/02
- NAPMEL 250 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05595/04
- NAPMEL 500 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05595/06
- NIDOL 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08265/02
- NIMELID 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10442/01
- NOFLAMEN 15 MG TABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-20188/03
- NOFLAMEN 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-20188/04
- SURGAM 300 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban (pvc/al)	OGYI-T-01546/01
- TILCOTIL 20 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-03885/01
- TILCOTIL 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-03885/02
- TILCOTIL 20 MG VÉGBÉLKÚP	10x	OGYI-T-03885/03
- TROSICAM 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-21525/06
- VOLTAREN 75 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x3ml ampulla	OGYI-T-05572/06
- XILOX 50 MG/G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	30x tasakban	OGYI-T-09791/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): M059, M069, M073, M0800, M109, M169, M179, M1980, M45

EÜ70 8/b.

Támogatott indikációk:

- Rheumatoid arthritis, ha a beteg 65 évnél idősebb, vagy gyomor-bélnyálkahártya sérülés nagy kockázata áll fenn (előzetes ulcus dokumentált eseteiben, NSAID okozta gastrointestinalis vérzés dokumentált eseteiben), vagy tartósan szteroidot szed, vagy vérzékenységben szenved, vagy antikoaguláns kezelésben részesül (ideértve a salicilát profilaxist is) az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok és kardiovaszkuláris kockázati tényezők figyelembevételével
- Spondylitis ankylopoetica, ha a beteg 65 évnél idősebb, vagy gyomor-bélnyálkahártya sérülés nagy kockázata áll fenn (előzetes ulcus dokumentált eseteiben, NSAID okozta gastrointestinalis vérzés dokumentált eseteiben), vagy tartósan szteroidot szed, vagy vérzékenységben szenved, vagy antikoaguláns kezelésben részesül (ideértve a salicilát profilaxist is) az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok és kardiovaszkuláris kockázati tényezők figyelembevételével
- Súlyos nagyizületi arthrosis fennállása esetén, ha a beteg 65 évnél idősebb, vagy gyomor-bélnyálkahártya sérülés nagy kockázata áll fenn (előzetes ulcus dokumentált eseteiben, NSAID okozta gastrointestinalis vérzés dokumentált eseteiben), vagy tartósan szteroidot szed, vagy vérzékenységben szenved, vagy antikoaguláns kezelésben részesül (ideértve a salicilát profilaxist is) az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok és kardiovaszkuláris kockázati tényezők figyelembevételével

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
-----------	---------------	-------------

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACECGEN 100 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21100/03
- AKLOFEP 100 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21742/01
- AKLOFEP 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21742/02
- ARCOXIA 60 MG FILMTABLETTA	14x buboréksomagolásban (al/pvc//al)	OGYI-T-08825/06
- ARCOXIA 60 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (al/pvc//al)	OGYI-T-08825/07
- ARCOXIA 90 MG FILMTABLETTA	14x buboréksomagolásban (al/pvc//al)	OGYI-T-08825/08
- ARCOXIA 90 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (al/pvc//al)	OGYI-T-08825/09
- CAMELOX 15 MG TABLETTA	20x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-10465/03
- CAMELOX 15 MG TABLETTA	50x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-10465/04
- CELEBREX 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban (pvc/aclar//alu, clear)	OGYI-T-07288/01
- CELEBREX 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban (pvc10//alu, clear)	OGYI-T-07288/11
- MELODYN 15 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09794/02
- MELOXAN 15 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20053/02
- MELOXEP 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-10293/01
- MELOXEP 15 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10293/02
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-20079/03
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20079/05
- MELOXICAM-TEVA 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-20078/04
- MELOXICAM-ZENTIVA 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-20656/04
- MESULID 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-06459/01
- MESULID 50 MG/G GRANULÁTUM	30x tasakban	OGYI-T-06459/02
- MOXICAM 15 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-09828/02
- NIDOL 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08265/02
- NIMELID 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10442/01

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- NOFLAMEN 15 MG TABLETTA	10x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20188/03
- NOFLAMEN 15 MG TABLETTA	20x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20188/04
- TROSICAM 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	20x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21525/06
- XILOX 50 MG/G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	30x tasakban	OGYI-T-09791/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M059, M069, M169, M179, M1990, M45
EÜ70 9/a1.

Támogatott indikációk:

- Osteoporosis és következményes csonttörések kialakulásának kockázata esetén 50 éves kor felett, legalább három kockázati tényező (alacsony csontsűrűség és/vagy törés kockázata) együttes megléte esetén, megelőzési céllal a dokumentáltan gondozott beteg részére - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Osteoporosisban (a csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD értéke -2,5 SD T-score alatti) az osteoporoticus csonttörések primer és szekunder prevencióját célzó gyógyszeres kezelések eredményessége érdekében szükséges gyógyszeres kalcium és D-vitamin pótlás biztosítására (amennyiben nem kontraindikált) - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészeti-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- BÉRES CALCIUM 500 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-10054/02
- BÉRES CALCIUM 500 MG FILMTABLETTA	60x hdpe tartályban	OGYI-T-10054/03
- CITROKALCIUM 200 TABLETTA	50x	OGYI-T-07260/01
- CITROKALCIUM 200 TABLETTA	90x	OGYI-T-07260/03
- VIGANTOL 20000 NE/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x10ml üvegben	OGYI-T-01608/01
- VITAMIN D3 FRESENIUS 1000 NE TABLETTA	30x	OGYI-T-02088/01
- VITAMIN D3 FRESENIUS 1000 NE TABLETTA	90x	OGYI-T-02088/02
- VITAMIN D3 3000 NE BIOEXTRA LÁGY KAPSZULA	100x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05315/02
- VITAMIN D3 3000 NE BIOEXTRA LÁGY KAPSZULA	20x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05315/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M80, M81, M82, Z094, Z097, Z098, Z508, Z509, Z518, Z519, Z826

EÜ70 9/a2.**Támogatott indikációk:**

- Osteoporoticus csonttörések primer prevenciója céljából, postmenopausában, osteoporosisal élő (a csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD érték -2,5 SD T-score alatti), de osteoporoticus csonttörést még nem szenvedett, 65 év alatti nőnek, amennyiben legalább egy dokumentált kockázati tényezővel (alacsony csontsűrűség vagy törés kockázata) rendelkezik, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Osteoporoticus csonttörések primer prevenciója céljából, postmenopausában, osteoporosisal élő (a csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD érték -2,5 SD T-score alatti), de osteoporoticus csonttörést még nem szenvedett, legalább 65 éves nőnek, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészet-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4x +56x	OGYI-T-10478/02
- ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4x +60x	OGYI-T-10478/01
- ACTONEL 35 MG FILMTABLETTA	4x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-08738/01
- ALENDIS 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20241/01
- ALENDRON HEXAL 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-10398/01
- ALENDRONAT-RATIOPHARM 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-10401/01
- BONEACT 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20382/01
- BONVIVA 150 MG FILMTABLETTA	1x	EU/1/03/265/003
- CALCISEDON-D FILMTABLETTA	28x+4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20189/01
- CALCISEDON-D FILMTABLETTA	84x+12x buboréksomagolásban	OGYI-T-20189/02
- CALCISEDON-D TRIO FILMTABLETTA	56x+4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20189/03
- EPOLAR TRIO TABLETTA ÉS RÁGÓTABLETTA	4x(tabletta) buboréksomagolásban +56x(rágótabletta) hdp tartályban	OGYI-T-21277/01
- EPOLAR 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20136/01
- FORTIMAX TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-10378/01
- FOSAVANCE 70 MG/2800 NE TABLETTA	12x	EU/1/05/310/004
- FOSAVANCE 70 MG/2800 NE TABLETTA	4x	EU/1/05/310/002

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- FOSAVANCE 70 MG/5600 NE TABLETTA	12x	EU/1/05/310/008
- FOSAVANCE 70 MG/5600 NE TABLETTA	4x	EU/1/05/310/007
- IBANDRONSAV TEVA 150 MG FILMTABLETTA	1x	EU/1/10/642/003
- JUVERITAL 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20945/02
- MASSIDRON 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20168/01
- MASSIDRON 70 MG TABLETTA	8x buboréksomagolásban	OGYI-T-20168/02
- NORIFAZ TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4x(filmtabletta) buboréksomagolásban +56x(rágótabletta) hdpe tartályban	OGYI-T-21247/01
- OSAGRAND 150 MG FILMTABLETTA	1x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-22123/04
- QUODIXOR 150 MG FILMTABLETTA	1x buboréksomagolásban	OGYI-T-21861/01
- RISEBONE 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20871/03
- RISENDROS 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20464/01
- SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	12x buboréksomagolásban	OGYI-T-09996/03
- SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-09996/02
- TRABECAN-TEVA 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10612/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M81, M82

EÜ70 9/a3.

Támogatott indikációk:

- Osteoporoticus csonttörések primer prevenciója céljából, postmenopausában, osteoporosisal élő (a csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD érték -2,5 SD T-score alatti), de osteoporoticus csonttörést még nem szenvedett, 65 év alatti nőnek, amennyiben legalább egy dokumentált kockázati tényezővel (alacsony csontsűrűség vagy törés kockázata) rendelkezik, amennyiben az EÜ70 9a/2. pontban meghatározott kezelés ellenjavallt vagy dokumentált intolerancia vagy a kezelést hátrányosan befolyásoló egyéb tényező miatt nem folytatható, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Osteoporoticus csonttörések primer prevenciója céljából, postmenopausában, osteoporosisal élő (a csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD érték -2,5 SD T-score alatti), de osteoporoticus csonttörést még nem szenvedett, legalább 65 éves nőnek, amennyiben az EÜ70 9a/2. pontban meghatározott kezelés ellenjavallt vagy dokumentált intolerancia vagy a kezelést hátrányosan befolyásoló egyéb tényező miatt nem folytatható, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészeti-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACLASTA 5 MG OLDATOS INFÚZIÓ	1x100ml	EU/1/05/308/001
- BONVIVA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x	EU/1/03/265/005
- IBANDRONSAV ACTAVIS 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +1 db.inj.tű	OGYI-T-22103/09
- IBANDRONSAV ALVOGEN 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +1 db.inj.tű	OGYI-T-22133/01
- IBANDRONSAV SANDOZ 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-21489/07
- IBANDRONSAV TEVA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +1 db.inj.tű	OGYI-T-22131/04
- OSAGRAND 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x ampulla	OGYI-T-22123/01
- OSSICA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x 5ml előretöltött fecskendőben +1 tolorúd+1 inj.tű	OGYI-T-21128/08

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M81, M82

EÜ70 9/a4.

Támogatott indikációk:

- Osteoporoticus csonttörések primer prevenciója céljából, postmenopausában, osteoporosisal élő (a törzsi csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD érték -2,5 SD T-score alatti), de osteoporoticus csonttörést még nem szenvedett, 65 év alatti nőnek, amennyiben legalább egy dokumentált kockázati tényezővel (alacsony csontsűrűség vagy törés kockázata) rendelkezik, amennyiben az EÜ70 9a/2. vagy EÜ70 9a/3. pontjában meghatározott kezelés ellenjavallt, vagy azzal szemben dokumentált intolerancia lép fel, vagy a legalább 12 hónapon át történő alkalmazása nem volt eredményes (T-score értéke csökken), a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Osteoporoticus csonttörések primer prevenciója céljából, postmenopausában, osteoporosisal élő (a törzsi csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD érték -2,5 SD T-score alatti), de osteoporoticus csonttörést még nem szenvedett, legalább 65 éves nőnek, amennyiben az EÜ70 9a/2. vagy EÜ70 9a/3. pontjában meghatározott kezelés ellenjavallt, vagy azzal szemben dokumentált intolerancia lép fel, vagy a legalább 12 hónapon át történő alkalmazása nem volt eredményes (T-score értéke csökken), a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészeti-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PROTELOS 2 G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	28x	EU/1/04/288/003
- PROTELOS 2 G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	84x	EU/1/04/288/005

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M80, M81, M82

EÜ70 9/b1.**Támogatott indikációk:**

- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, 75 év alatti osteoporosissal élő nőknek (a csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD érték -2,5 SD T-score alatti), legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, legalább 75 éves nőknek T-score érték meghatározása nélkül is, legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészet-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4x +56x	OGYI-T-10478/02
- ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4x +60x	OGYI-T-10478/01
- ACTONEL 35 MG FILMTABLETTA	4x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-08738/01
- ALENDIS 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20241/01
- ALENDRON HEXAL 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-10398/01
- ALENDRONAT-RATIOPHARM 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-10401/01
- BONEACT 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20382/01
- BONVIVA 150 MG FILMTABLETTA	1x	EU/1/03/265/003
- CALCISEDON-D FILMTABLETTA	28x+4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20189/01
- CALCISEDON-D FILMTABLETTA	84x+12x buboréksomagolásban	OGYI-T-20189/02
- CALCISEDON-D TRIO FILMTABLETTA	56x+4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20189/03
- EPOLAR TRIO TABLETTA ÉS RÁGÓTABLETTA	4x(tabletta) buboréksomagolásban +56x(rágótabletta) hdpe tartályban	OGYI-T-21277/01
- EPOLAR 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20136/01
- FORTIMAX TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-10378/01
- FOSAVANCE 70 MG/2800 NE TABLETTA	12x	EU/1/05/310/004
- FOSAVANCE 70 MG/2800 NE TABLETTA	4x	EU/1/05/310/002
- FOSAVANCE 70 MG/5600 NE TABLETTA	12x	EU/1/05/310/008

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- FOSAVANCE 70 MG/5600 NE TABLETTA	4x	EU/1/05/310/007
- IBANDRONSAV TEVA 150 MG FILMTABLETTA	1x buboréksomagolásban	EU/1/10/642/003
- JUVERITAL 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20945/02
- MASSIDRON 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20168/01
- MASSIDRON 70 MG TABLETTA	8x buboréksomagolásban	OGYI-T-20168/02
- NORIFAZ TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4x(filmtabletta) buboréksomagolásban +56x(rágótabletta) hdpe tartályban	OGYI-T-21247/01
- OSAGRAND 150 MG FILMTABLETTA	1x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-22123/04
- QUODIXOR 150 MG FILMTABLETTA	1x buboréksomagolásban	OGYI-T-21861/01
- RISEBONE 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20871/03
- RISENDROS 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20464/01
- SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	12x buboréksomagolásban	OGYI-T-09996/03
- SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-09996/02
- TRABECAN-TEVA 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10612/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M80, M82

EÜ70 9/b2.

Támogatott indikációk:

- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, 75 év alatti osteoporosisal élő nők (a csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD érték -2,5 SD T-score alatti), legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, amennyiben a 9b/1. pontban meghatározott kezelés ellenjavallt vagy dokumentált intolerancia vagy a kezelést hátrányosan befolyásoló egyéb tényező miatt nem folytatható, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, legalább 75 éves nőknek T-score érték meghatározása nélkül is, legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, amennyiben az 9b/1. pontban meghatározott kezelés ellenjavallt vagy dokumentált intolerancia vagy a kezelést hátrányosan befolyásoló egyéb tényező miatt nem folytatható, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészeti-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACLASTA 5 MG OLDATOS INFÚZIÓ	1x100ml	EU/1/05/308/001
- BONVIVA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x	EU/1/03/265/005
- IBANDRONSAV ACTAVIS 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +1 db.inj.tű	OGYI-T-22103/09
- IBANDRONSAV ALVOGEN 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +1 db.inj.tű	OGYI-T-22133/01
- IBANDRONSAV SANDOZ 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-21489/07
- IBANDRONSAV TEVA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +1 db.inj.tű	OGYI-T-22131/04
- OSAGRAND 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x ampulla	OGYI-T-22123/01
- OSSICA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x 5ml előretöltött fecskendőben +1 tolórúd+1 inj.tű	OGYI-T-21128/08

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): M80, M82

EÜ70 9/b3.

Támogatott indikációk:

- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, 75 év alatti osteoporosisal élő nőknek (a törzsi csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD érték $-2,5$ SD T-score alatti), legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, amennyiben az 9b/1. vagy EÜ70 9b/2. pontban meghatározott kezelés ellenjavallt, vagy azzal szemben dokumentált intolerancia lép fel, vagy a legalább 12 hónapon át történő alkalmazása nem volt eredményes (T-score értéke csökken, illetve újabb osteoporoticus törés következik be), a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, legalább 75 éves nőknek T-score érték meghatározása nélkül is, legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, amennyiben az 9b/1. vagy EÜ70 9b/2. pontban meghatározott kezelés ellenjavallt, vagy azzal szemben dokumentált intolerancia lép fel, vagy a legalább 12 hónapon át történő alkalmazása nem volt eredményes (T-score értéke csökken, illetve újabb osteoporoticus törés következik be), a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészeti-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EVISTA 60 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/98/073/002
- PROLIA 60 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben (automatikus tűvédővel, buborékcsomagolásban)	EU/1/10/618/003
- PROTELOS 2 G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	28x	EU/1/04/288/003
- PROTELOS 2 G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	84x	EU/1/04/288/005

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M80, M82

EÜ70 9/c1.

Támogatott indikációk:

- Osteoporosissal élő (T-score < -2,5 SD) férfiaknak a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACLASTA 5 MG OLDATOS INFÚZIÓ	1x100ml	EU/1/05/308/001
- ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4x +56x	OGYI-T-10478/02
- ACTONEL 35 MG FILMTABLETTA	4x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-08738/01
- BONEACT 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20382/01
- CALCISEDON-D FILMTABLETTA	28x+4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20189/01
- CALCISEDON-D FILMTABLETTA	84x+12x buboréksomagolásban	OGYI-T-20189/02
- CALCISEDON-D TRIO FILMTABLETTA	56x+4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20189/03
- EPOLAR TRIO TABLETTA ÉS RÁGÓTABLETTA	4x(tabletta) buboréksomagolásban +56x(rágótabletta) hdpe tartályban	OGYI-T-21277/01
- EPOLAR 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20136/01
- JUVERITAL 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20945/02
- MASSIDRON 70 MG TABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20168/01
- MASSIDRON 70 MG TABLETTA	8x buboréksomagolásban	OGYI-T-20168/02
- NORIFAZ TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4x(filmtabletta) buboréksomagolásban +56x(rágótabletta) hdpe tartályban	OGYI-T-21247/01
- RISEBONE 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20871/03
- RISENDROS 35 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-20464/01
- SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	12x buboréksomagolásban	OGYI-T-09996/03
- SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-09996/02
- TRABECAN-TEVA 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10612/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M80, M81, M82

EÜ70 12.

Támogatott indikációk:

- Vashiányos anaemia megelőzése vagy kezelése - erythropoetin kezelésben részesülő predializált vagy dializált vesebetegek részére

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat
Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.		
Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FERRLECIT 12,5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x5 ml ampulla	OGYI-T-00438/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D638, N189

EÜ70 13.

Támogatott indikációk:

- Táplálékfelvétel és utilizáció súlyos károsodásával járó kórképek esetén orális táplálásra - beleértve a rosszindulatú betegségeket is

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Fül-orr-gégegyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek sebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugárterápia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat
Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.		
Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ALFARÉ	400 g	696
- DIASIP CAPPUCINO ÍZŰ	24x200 ml	1476
- DIASIP EPER ÍZŰ	24x200 ml	1480
- DIASIP VANÍLIA ÍZŰ	24x200 ml	1443
- DIBEN DRINK ÍZESÍTÉS CAPPUCINO	4x200 ml	1111
- DIBEN DRINK ÍZESÍTÉS ERDEI GYÜMÖLCS	4x200 ml	1113
- DIBEN DRINK ÍZESÍTÉS VANÍLIA	4x200 ml	1112

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FRESUBIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: EPER	4x200 ml	911
- FRESUBIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: SEMLEGES	4x200 ml	1157
- FRESUBIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: VANÍLIA	4x200 ml	912
- FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK ÍZESÍTÉS: CSOKOLÁDÉ	4x200 ml	915
- FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK ÍZESÍTÉS: EPER	4x200 ml	913
- FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK ÍZESÍTÉS: VANÍLIA	4x200 ml	914
- FRESUBIN JUCY DRINK - ALMA ÍZŰ	4x200 ml	1554
- FRESUBIN JUCY DRINK - ANANÁSZ ÍZŰ	4x200 ml	1553
- FRESUBIN JUCY DRINK - CSERESZNYE ÍZŰ	4x200 ml	1555
- FRESUBIN JUCY DRINK - FEKETE RIBIZLI ÍZŰ	4x200 ml	1552
- FRESUBIN JUCY DRINK - NARANCS ÍZŰ	4x200 ml	1556
- FRESUBIN ORIGINAL DRINK ÍZESÍTÉS:CSOKOLÁDÉ	4x200ml (easy bottle)	1067
- FRESUBIN ORIGINAL DRINK ÍZESÍTÉS:VANÍLIA	4x200ml (easy bottle)	1066
- FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: CSOKOLÁDÉ	4x200 ml	919
- FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: DIÓ	4x200 ml	916
- FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: ERDEI GYÜMÖLCS	4x200 ml	917
- FRESUBIN PROTEIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: VANÍLIA	4x200 ml	918
- FRESUBIN YOCRÉME CITROM ÍZŰ	4x125 g	1548
- FRESUBIN YOCRÉME KEKSZ ÍZŰ	4x125 g	1549
- FRESUBIN YOCRÉME MÁLNA ÍZŰ	4x125 g	1550
- FRESUBIN YOCRÉME SÁRGA-ŐSZIBARACK ÍZŰ	4x125 g	1551
- FRESUBIN 2KCAL DRINK (CAPPUCCINO)	4x200 ml	1150
- FRESUBIN 2KCAL DRINK (KARAMELL)	4x200 ml	1151
- FRESUBIN 2KCAL DRINK (SÁRGABARACK-ŐSZIBARACK)	4x200 ml	1152
- FRESUBIN 2KCAL DRINK (VANÍLIA)	4x200 ml	1153
- FRESUBIN 2KCAL FIBRE DRINK CAPPUCCINO ÍZŰ	4x200 ml	1154
- FRESUBIN 2KCAL FIBRE DRINK CSOKOLÁDÉ ÍZŰ	4x200 ml	1155
- FRESUBIN 2KCAL FIBRE DRINK VANÍLIA ÍZŰ	4x200 ml	1156
- HUMANA HN-MCT	300 g	783
- INFATRINI	12x200ml	1576
- ISOSOURCE ENERGY VANÍLIA-KARAMELL	500 ml	1097
- ISOSOURCE STANDARD KAKAÓ	500 ml	1094
- ISOSOURCE STANDARD KÁVÉ-KAPUCCSÍNÓ	500 ml	1093
- ISOSOURCE STANDARD VANILIA-KARAMELL	500 ml	1095
- MEDIDRINK PLUS CSOKOLÁDÉ ÍZŰ	27x200 ml	1275
- MEDIDRINK PLUS EPER ÍZŰ	27x200 ml	1276
- MEDIDRINK PLUS ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI	27x200 ml	1278
- MEDIDRINK PLUS VANÍLIA ÍZŰ	27x200 ml	1277
- MILUMIL PREGOMIN	450 g	1209
- MILUPA PREGOMIN	450 g	1055
- MODULEN IBD	400 g	621
- NOVASOURCE DIABETES VANÍLIA/KARAMELL	500 ml	1315
- NOVASOURCE GI CONTROLL VANÍLIA-KARAMELL	500 ml	1099

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NUTILIS	300 g	1543
- NUTRICIA NUTRIDRINK BANÁN ÍZÜ	24x200 ml	1564
- NUTRICIA NUTRIDRINK CSOKOLÁDÉ ÍZÜ	24x200 ml	1566
- NUTRICIA NUTRIDRINK EPER ÍZÜ	24x200 ml	1565
- NUTRICIA NUTRIDRINK ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI	24x200 ml	1569
- NUTRICIA NUTRIDRINK KAREMELL ÍZÜ	24x200 ml	1567
- NUTRICIA NUTRIDRINK NARANCS ÍZÜ	24x200 ml	1568
- NUTRICIA NUTRIDRINK TRÓPUSI GYÜMÖLCS ÍZÜ	24x200 ml	1570
- NUTRICIA NUTRIDRINK VANÍLIA ÍZÜ	24x200 ml	1571
- NUTRICIA NUTRIDRINK YOGHURT MÁLNA	24x200 ml	1572
- NUTRICIA NUTRIDRINK YOGHURT VANÍLIA ÉS CITROM	24x200 ml	1563
- NUTRINIDRINK MULTIFIBRE BANÁN ÍZÜ	8x200 ml	1440
- NUTRINIDRINK MULTIFIBRE CSOKOLÁDÉ ÍZÜ	8x200 ml	1485
- NUTRINIDRINK MULTIFIBRE EPER ÍZÜ	8x200 ml	1470
- NUTRINIDRINK MULTIFIBRE VANÍLIA ÍZÜ	8x200 ml	1467
- PEPTI-JUNIOR	450 g	134
- RESOURCE ENERGY 2,0 NAGY ENERGIA- ÉS ROSTTARTALMÚ TELJES ÉRTÉKŰ, GYÜMÖLCS ÍZÜ SPECIÁLIS	200 ml	590
- RESOURCE ENERGY 2,0 NAGY ENERGIA- ÉS ROSTTARTALMÚ TELJES ÉRTÉKŰ, SÁRGABARACK ÍZÜ SPECIÁLIS	200 ml	591
- RESOURCE ENERGY 2,0 NAGY ENERGIA- ÉS ROSTTARTALMÚ TELJES ÉRTÉKŰ, VANÍLIA ÍZÜ SPECIÁLIS	200 ml	592
- RESOURCE 2.0 + FIBRE ERDEI GYÜMÖLCS ÍZÜ	4x200 ml	1327
- RESOURCE 2.0 + FIBRE SÁRGABARACK ÍZÜ	4x200 ml	1328
- RESOURCE 2.0 + FIBRE VANÍLIA ÍZÜ	4x200 ml	1329

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C, E40H0, E41H0, E42H0, E43H0, R54H0, R6300, R6330, R6340, R64H0

EÜ70 14.

Támogatott indikációk:

- Kiterjedt ulcus cruris
- Krónikus sipoly
- Tracheostoma

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Bőrgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Érsebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Fül-orr-gégegyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	javasolhat és írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat
Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.		
Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ALCOHOL ISOPROPYLICUS	1000 g	Ph. Hg. VIII.
- ALCOHOL ISOPROPYLICUS	1000 ml	Ph. Hg. VIII.
- ALCOHOLUM ISOPROPYLICUM	1000 ml	PH. HG. VIII.
- BENZINUM	1000 ml	PH. HG. VII.
- BETADINE KENŐCS	1x20g al tubusban	OGYI-T-03756/01
- CURIOSIN 2,05 MG/ML KÜLSŐLEGES OLDAT	1x10 ml	OGYI-T-04812/01
- FIBROLAN KENŐCS	1x50g al tubusban	OGYI-T-01403/01
- IALUGEN PLUS KRÉM	1x20g tubusban	OGYI-T-05358/01
- IALUGEN PLUS KRÉM	1x60g tubusban	OGYI-T-05358/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): L97, Z430

EÜ70 15.

Támogatott indikációk:

- Meniere-szindróma

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Fül-orr-gégegyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Fül-orr-gégegyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat
Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.		
Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BETAGEN 16 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-09497/03
- BETAGEN 24 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-09498/03
- BETAGEN 8 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-09497/02
- BETAHISTIN-RATIOPHARM 16 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20131/02
- BETAHISTIN-RATIOPHARM 24 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20789/01
- BETAHISTIN-RATIOPHARM 8 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20131/01
- BETAREVIN 16 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20371/02
- ELVEN 16 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20218/04
- ELVEN 8 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20218/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EMERIN 16 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21087/02
- EMERIN 24 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21087/03
- EMERIN 8 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-21087/01
- POLVERTIC 16 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20493/04
- POLVERTIC 8 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20493/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): H8100

EÜ70 16.

Támogatott indikációk:

- Amyotrophias lateralsclerosis (ALS)
- Paralysis spinalis spastica
- Spasticus tetraplegia
- Sclerosis multiplex
- Stroke után (centrális izomtónus-fokozódással járó állapotokban)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekeurológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekeurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BACLOFEN-POL 10 MG TABLETTA	50x tartályban	OGYI-T-01021/01
- BACLOFEN-POL 25 MG TABLETTA	50x tartályban	OGYI-T-01022/01
- LIORESAL 10 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-00842/01
- LIORESAL 25 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-00842/02
- MIDERIZONE 150 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21220/06
- MIDERIZONE 50 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21220/02
- MYDETON 150 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-03282/03
- MYDETON 50 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-03282/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
új - SIRDALUD 4 MG TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05903/04
- SIRDALUD 4 MG TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05903/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G1140, G1220, G35H0, G8240, I6940

EÜ70 17.

Támogatott indikációk:

- Invazív pneumococcus fertőzés megelőzése, 5 éves kor alatt, a külön jogszabály alapján térítésmentesen védőoltásra jogosultakat kivéve, az immunrendszer veleszületett vagy szerzett zavara (lépbetegségek, immunhiányos állapotok, visszamaradt magzati növekedés és alultápláltság, koraszülött csecsemő, méhen belül kialakult légúti megbetegedések, a szív veleszületett rendellenességei, a tüdő hypo- és dysplasiaja, a tüdő veleszületett rendellenessége, a lép veleszületett rendellenességei) miatti kiemelten magas rizikó esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Háziorvos	Megkötés nélkül	írhat
Megkötés nélkül	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PREVENAR 13 SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben különálló tüvel	EU/1/09/590/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D739, D80, D81, D82, D83, D84, D86, D89, P05, P073, P28, Q249, Q336, Q339, Q8900

EÜ70 18.

Támogatott indikációk:

- Bizonyítottan meddő nők in vitro fertilizációs kezeléséhez

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Szülészeti-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ELONVA 100 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +1 tű	EU/1/09/609/001
- ELONVA 150 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +1 tű	EU/1/09/609/002
- FOSTIMON HP 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x injekciós üveg+oldószerampulla	OGYI-T-06503/01
- FOSTIMON HP 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x injekciós üveg+oldószerampulla	OGYI-T-06503/02
- GONAL-F 300 NE/0,5 ML (22 MIKROGRAMM/0,5 ML) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x0,5ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/95/001/033
- GONAL-F 450 NE/0,75 ML (33 MIKROGRAMM/0,75 ML) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x előretöltött injekciós tollban	EU/1/95/001/034

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- GONAL-F 75 NE (5,5 MIKROGRAMM) POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x injekciós üvegben +1xoldószeres előretöltött fecskendőben	EU/1/95/001/025
- GONAL-F 900 NE/1,5 ML (66 MIKROGRAMM/1,5 ML) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x előretöltött injekciós tollban	EU/1/95/001/035
- LUVERIS 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x porüveg	EU/1/00/155/004
- MENOPUR 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x porampulla+oldószerampulla	OGYI-T-08742/02
- MENOPUR 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	5x porampulla+oldószerampulla	OGYI-T-08742/01
- MERIONAL 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x injekciós üveg+oldószerampulla	OGYI-T-06505/01
- MERIONAL 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x injekciós üveg+oldószerampulla	OGYI-T-06505/02
- OVITRELLE 250 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x előretöltött injekciós tollban	EU/1/00/165/008
- OVITRELLE 250 MIKROGRAMM/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	EU/1/00/165/007
- PERGOVERIS 150 NE/75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x porampulla+oldószerampulla	EU/1/07/396/001
- PUREGON 300 NE/0,36 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x patronban +7 tű toll nélkül	EU/1/96/008/038
- PUREGON 600 NE/0,72 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x patronban +7 tű toll nélkül	EU/1/96/008/039

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): N97

EÜ70 20.

Támogatott indikációk:

- N. meningitidis C szerocsoportja által okozott invazív megbetegedés megelőzése céljából 2 éves korig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Háziorvos	Megkötés nélkül	írhat
Megkötés nélkül	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MENINGITEC SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben (túvel)	OGYI-T-08363/04
- MENJUGATE 10 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x porampulla +1x előretöltött fecskendő	OGYI-T-08905/04
- NEIS VAC-C SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,5ml előretöltött fecskendőben tű nélkül vagy két túvel	OGYI-T-08389/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): Z298

EÜ70 21.**Támogatott indikációk:**

- Invazív vagy noninvazív módszerekkel igazolt krónikus stabil angina pectoris tüneti kezelésére sinus ritmusban, amennyiben kombinált antianginás kezelés ellenére tachycardia okozta recurrens angina fennáll és béta blokkolótól súlyos - nem kontrollálható - mellékhatás igazolható (gyógyszeres terápia mellett tünetekkel járó asztma vagy COPD, invazív vagy noninvazív terápiával nem befolyásolható, előrehaladott állapotú perifériás érbetegség)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Kardiológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PROCORALAN 5 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/05/316/003
- PROCORALAN 7,5 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/05/316/010

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): I2080

EÜ70 22.**Támogatott indikációk:**

- Dializált, fehérje, elektrolit- és folyadékbevitelben korlátozott betegek részére, akik magas energiatartalmú étrendkiegészítést és fehérjepótlást igényelnek.

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- RENILON 7.5 KARAMELL	4x125 ml	1541
- RENILON 7.5 SÁRGABARACK ÍZŰ	4x125 ml	1542

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): N18

EÜ70 24.**Támogatott indikációk:**

- Acut coronaria syndromás betegek alcsoportjai (instabil anginás diabetes mellitusos betegek; valamennyi nem ST elevációs infarctuson és ST elevációs infarctuson átesett beteg) közül mindazoknál, akiknél percutan coronaria intervenció és stent beültetés történt, kórelőzményükben stroke vagy transiens ischaemiás attack (TIA) nem szerepel és clopidogrel allergia vagy laboratóriumilag igazolt non-reszponzió fennáll, egy éven keresztül.

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Kardiológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EFIENT 10 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/08/503/009

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): I20, I21, I22, Z955

EÜ 90 százalékos támogatási kategória

vált. EÜ90 1/d.

Támogatott indikációk:

- Igen nagy kardiovaszkuláris rizikójú beteg számára, aki kardiovaszkuláris betegségben (ACS, STEMI, nonSTEMI) szenved, vagy bizonyítottan cerebrovaszkuláris esemény (TIA, stroke) vagy perifériás érbetegség miatt rekonstrukciós beavatkozáson esett át és hyperlipidaemiája van, és legalább 20 mg rosuvastatinnal vagy legalább 40 mg atorvastatinnal folytatott egy hónapos kezelést követően laborkontroll alapján nem sikerült a kívánt célérték (LDL 1,8 mmol/l, össz.Ch.: 3,5 mmol/l) elérése. Az ezetimibe hatóanyagot tartalmazó kombinációs készítmény alkalmazása javasolt akkor is, ha bizonyított mellékhatás miatt csak kisebb adag sztatín szedése lehetséges, amely mellett nem sikerült a célérték elérése
- A legutóbbi Magyar Kardiovaszkuláris Terápiás Konszenzus Konferencia terápiás ajánlása alapján nagy kardiovaszkuláris rizikójú betegek esetén, amennyiben képalkotó vizsgálattal kardiovaszkuláris, cerebrovaszkuláris, perifériás érbetegség igazolható, és legalább 20 mg rosuvastatinnal vagy legalább 40 mg atorvastatinnal folytatott egy hónapos kezelést követően laborkontroll alapján nem sikerült a kívánt célérték (LDL célérték: 2,5 mmol/l, össz.Ch. 4,5 mmol/l) elérése. Az ezetimibe hatóanyagot tartalmazó kombinációs készítmény alkalmazása javasolt akkor is, ha bizonyított mellékhatás miatt csak kisebb adag sztatín szedése lehetséges, amely mellett nem sikerült a célérték elérése.

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Kardiológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- INEGY 10 MG/10 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20206/05
- INEGY 10 MG/20 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20206/20
- INEGY 10 MG/40 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20206/36

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E780, E782, E784, E785

vált. EÜ90 1/e.

Támogatott indikációk:

- Kardiovaszkuláris betegségben (ACS, STEMI, nonSTEMI) igen nagy kardiovaszkuláris rizikó és hyperlipidaemia esetén, ha legalább 20 mg rosuvastatinnal vagy legalább 40 mg atorvastatinnal folytatott egy hónapos kezelést követően laborkontroll alapján nem sikerült a kívánt célérték elérése (LDL 1,8 mmol/l, össz. Chol. 3,5 mmol/l), vagy amennyiben bizonyíthatóan sztatín intolerancia (CK emelkedés, egyértelműen sztatín terápiára visszavezethető szignifikáns májfunkció eltérés) áll fenn. Az ezetimibe hatóanyagú készítmény alkalmazása javasolt akkor is, ha bizonyított mellékhatás miatt csak kisebb adag sztatín szedése lehetséges, amely mellett nem sikerült a célérték elérése.
- Bizonyítottan cerebrovaszkuláris eseményen (TIA, stroke) átesett beteg számára, igen nagy kardiovaszkuláris rizikó és hyperlipidaemia esetén, ha legalább 20 mg rosuvastatinnal vagy legalább 40 mg atorvastatinnal folytatott egy hónapos kezelést követően laborkontroll alapján nem sikerült a kívánt célérték elérése (LDL 1,8 mmol/l, össz. Chol. 3,5 mmol/l), vagy amennyiben bizonyíthatóan sztatín intolerancia (CK emelkedés, egyértelműen sztatín terápiára visszavezethető szignifikáns májfunkció eltérés) áll fenn. Az ezetimibe hatóanyagú készítmény alkalmazása javasolt akkor is, ha bizonyított mellékhatás miatt csak kisebb adag sztatín szedése lehetséges, amely mellett nem sikerült a célérték elérése
- Perifériás érbetegség miatt műtéten átesett beteg számára, igen nagy kardiovaszkuláris rizikó és hyperlipidaemia esetén, ha legalább 20 mg rosuvastatinnal vagy legalább 40 mg atorvastatinnal folytatott egy hónapos kezelést követően laborkontroll alapján nem sikerült a kívánt célérték elérése (LDL 1,8 mmol/l, össz. Chol. 3,5 mmol/l), vagy amennyiben bizonyíthatóan sztatín intolerancia (CK emelkedés, egyértelműen sztatín terápiára visszavezethető szignifikáns májfunkció eltérés) áll fenn. Az ezetimibe hatóanyagú készítmény alkalmazása javasolt akkor is, ha bizonyított mellékhatás miatt csak kisebb adag sztatín szedése lehetséges, amely mellett nem sikerült a célérték elérése

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Kardiológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat
Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.		
Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EZETROL 10 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09055/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E780, E782, E784, E785

EÜ90 2/a.

Támogatott indikációk:

- Inszulin 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	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x porampulla +1 ml oldószer fecskendőben	OGYI-T-04523/01

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

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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- CYMBALTA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	28x	EU/1/04/296/002
- GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/19
- GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/17
- GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/32
- GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/30
- GABAGAMMA 600 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/42
- GABANEURAL 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20767/05
- GABANEURAL 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20767/07
- GABAPENTIN AUROBINDO 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-22066/18
- GABAPENTIN AUROBINDO 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-22066/29
- GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/04
- GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/03
- GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/06
- GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/05
- GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/14
- GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/03
- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/17
- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/04
- GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA	120x cseppentős tartályban	OGYI-T-20874/20
- GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/06
- LYRICA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x	EU/1/04/279/018
- LYRICA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x	EU/1/04/279/012
- THIOGAMMA ORAL 600 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-06670/08
- THIOGAMMA ORAL 600 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-06670/09

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

EÜ90 3/a1.

Támogatott indikációk:

- Kontrollált asthma bronchialeban, (ha az alábbiak mindegyike megvalósul: nappali tünetek <2/hét, nincs fizikai aktivitási korlátozottság, éjszakai tünetek nincsenek, rohamoldó szükséglet <2/hét, FEV1>80%), ha a kontroll ICS terápia legkisebb napi dózisa mellett egy éve fennáll

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
-----------	---------------	-------------

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Allergológia és klinikai immunológia	írhat
Megkötés nélkül	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Gyermektüdőgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x palackban	OGYI-T-08049/01
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag	OGYI-T-05752/01
- ECOSAL TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200adag	OGYI-T-08400/01
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200adag	OGYI-T-07232/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): J45**EÜ90 3/a2.****Támogatott indikációk:**

- Kontrollált asthma bronchialeban (ha az alábbiak mindegyike megvalósul: nappali tünetek <2/hét, nincs fizikai aktivitási korlátozottság, éjszakai tünetek nincsenek, rohamoldó szükséglet <2/hét, FEV1>80%), ha a kontroll ICS+LABA terápia mellett legalább három hónapja fennáll, rendelhetők a 3/a1. és a 3/a2. pontban felsorolt gyógyszerek

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Allergológia és klinikai immunológia	írhat
Megkötés nélkül	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Gyermektüdőgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AEROX JET 200 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x200adag palackban	OGYI-T-10432/01
- AEROX 200 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x200adag palackban	OGYI-T-10431/01
- ALVESCO 160 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x120adag	OGYI-T-09973/01
- ALVESCO 160 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x60adag	OGYI-T-09973/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x palackban	OGYI-T-08049/01
- BUDESONID EASYHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag inhalátor tasakban védőtokkal	OGYI-T-10492/01
- BUDESONID EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag inhalátor tasakban védőtokkal	OGYI-T-10492/04
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag	OGYI-T-05752/01
- ECOSAL TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200adag	OGYI-T-08400/01
- FLIXOTIDE DISKUS 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-05999/01
- FLIXOTIDE DISKUS 250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-05999/02
- FLIXOTIDE EVOHALER 125 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag palackban	OGYI-T-07825/01
- FLIXOTIDE EVOHALER 250 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag palackban	OGYI-T-07825/02
- MIFLONIDE 200 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x buboréksomagolásban + 1 db inhaler	OGYI-T-08674/01
- PULMICORT TURBUHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x200adag inhaláló készülék	OGYI-T-04725/04
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200adag	OGYI-T-07232/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): J45

EÜ90 3/a3.

Támogatott indikációk:

- Asthma bronchiale részlegesen kontrollált (az alábbiak közül bármelyik megléte: nappali tünetek legalább hetente kétszer, fizikai aktivitás korlátozottsága, éjszakai felébredés, rohamoldó szükséglet több mint kétszer egy héten, FEV1<80%) vagy nem kontrollált formájában (a részlegesen kontrollált asthma jellemzőiből három vagy több megléte) rendelhetők a 3/a1. és a 3/a2. és 3/a3. pontban felsorolt gyógyszerek

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Allergológia és klinikai immunológia	írhat
Megkötés nélkül	Gyermektüdőgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACCOLATE 20 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	OGYI-T-05562/02
- AEROX JET 200 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x200adag palackban	OGYI-T-10432/01
- AEROX 200 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x200adag palackban	OGYI-T-10431/01
- ALVESCO 160 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x120adag	OGYI-T-09973/01
- ALVESCO 160 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x60adag	OGYI-T-09973/02

	Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
	- ATIMOS 12 MIKROGRAMM/BEFÚJÁS TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x100adag tartályban	OGYI-T-10307/01
	- ATIMOS 12 MIKROGRAMM/BEFÚJÁS TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x120adag tartályban	OGYI-T-10307/02
	- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x palackban	OGYI-T-08049/01
	- BUDESONID EASYHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag inhalátor tasakban védőtokkal	OGYI-T-10492/01
	- BUDESONID EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag inhalátor tasakban védőtokkal	OGYI-T-10492/04
	- BUDESONID EASYHALER 400 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x100adag inhalátor tasakban védőtokkal	OGYI-T-10492/07
	- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag	OGYI-T-05752/01
új	- DIMENIO 50 MIKROGRAMM/250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	60x fóliacsík	OGYI-T-22078/05
új	- DIMENIO 50 MIKROGRAMM/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	60x fóliacsík	OGYI-T-22078/06
	- ECOSAL TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200adag	OGYI-T-08400/01
	- EONIC 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20997/06
	- FLIXOTIDE DISKUS 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-05999/01
	- FLIXOTIDE DISKUS 250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-05999/02
	- FLIXOTIDE DISKUS 500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-05999/03
	- FLIXOTIDE EVOHALER 125 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag palackban	OGYI-T-07825/01
	- FLIXOTIDE EVOHALER 250 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag palackban	OGYI-T-07825/02
	- FORADIL 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-04656/02
	- FORMOTEROL EASYHALER 12 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x120adag	OGYI-T-10480/01
	- FOSTER 100 MIKROGRAMM/6 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x120adag al tartályban	OGYI-T-20363/01
	- FOSTER 100 MIKROGRAMM/6 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x180adag al tartályban	OGYI-T-20363/02
	- MIFLONIDE 200 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x buboréksomagolásban + 1 db inhaler	OGYI-T-08674/01
	- MIFLONIDE 400 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x buboréksomagolásban + 1 db inhaler	OGYI-T-08674/03
	- MIRALUST 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21357/03
	- MOKAST 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21559/07
	- MONALUX 10 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21635/06
	- MONDEO 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21670/09
	- MONTELUKAST ORION 10 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21611/03
	- MONTELUKAST SANDOZ 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21467/05
	- MONTELUKAST STADA 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21468/05
	- MONTELUKAST TEVA 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20896/08

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MONTEP 10 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/al)	OGYI-T-21378/03
- MONTEXAL 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21524/17
- PULMICORT TURBUHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x200adag inhaláló készülék	OGYI-T-04725/04
- REVIMONT 10 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21976/12
- SERETIDE DISKUS 50/100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag por-inhaláló eszközben	OGYI-T-07626/01
- SERETIDE DISKUS 50/250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag por-inhaláló eszközben	OGYI-T-07626/02
- SERETIDE DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag por-inhaláló eszközben	OGYI-T-07626/03
- SERETIDE EVOHALER 25/125 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag tartályban	OGYI-T-08652/02
- SERETIDE EVOHALER 25/250 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag tartályban	OGYI-T-08652/03
- SERETIDE EVOHALER 25/50 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag tartályban	OGYI-T-08652/01
- SEREVENT DISKUS 50 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-05766/01
- SEREVENT EVOHALER 25 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag al tartályban	OGYI-T-20251/01
- SINGULAIR 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-06680/01
- SYMBICORT FORTE TURBUHALER 9 MIKROGRAMM/320 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-08492/05
- SYMBICORT MITE TURBUHALER 4,5 MIKROGRAMM/80 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR	1x120adag	OGYI-T-08492/02
- SYMBICORT MITE TURBUHALER 4,5 MIKROGRAMM/80 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-08492/01
- SYMBICORT TURBUHALER 4,5 MIKROGRAMM/160 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR	1x120adag	OGYI-T-08492/04
- SYMBICORT TURBUHALER 4,5 MIKROGRAMM/160 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-08492/03
- THOREUS DISKUS 50/100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag +inhaláló eszköz	OGYI-T-09182/01
- THOREUS DISKUS 50/250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag +inhaláló eszköz	OGYI-T-09182/02
- THOREUS DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag +inhaláló eszköz	OGYI-T-09182/03
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200adag	OGYI-T-07232/01
- VIZENDO 10 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21303/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): J45

EÜ90 3/a4.

Támogatott indikációk:

- Gyermekkori asthma bronchiale (14 éves korig, az életkorra vonatkozó rendelési előírások szigorú figyelembevételével)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermecktüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Gyermecktüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACCOLATE 20 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	OGYI-T-05562/02
- EONIC 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20997/04
- EONIC 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20997/05
- MIRALUST 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21357/03
- MIRALUST 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21357/01
- MIRALUST 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21357/02
- MOKAST 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21559/01
- MOKAST 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21559/04
- MONALUX 4 MG RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21635/02
- MONALUX 5 MG RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21635/04
- MONDEO 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21670/01
- MONDEO 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21670/05
- MONTELUKAST ORION 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21611/01
- MONTELUKAST ORION 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21611/02
- MONTELUKAST SANDOZ 4 MG GRANULÁTUM	28x tasakban	OGYI-T-21467/09
- MONTELUKAST SANDOZ 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21467/01
- MONTELUKAST SANDOZ 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21467/03
- MONTELUKAST STADA 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21468/03
- MONTELUKAST STADA 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21468/04
- MONTELUKAST TEVA 4 MG GRANULÁTUM	28x tasakban	OGYI-T-20896/12
- MONTELUKAST TEVA 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20896/02
- MONTELUKAST TEVA 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20896/05
- MONTEP JUNIOR 5 MG RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/al)	OGYI-T-21378/02
- MONTEP MINI 4 MG RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/al)	OGYI-T-21378/01
- MONTEXAL 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21524/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MONTEXAL 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21524/10
- REVIMONT JUNIOR 5 MG RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21976/07
- REVIMONT MINI 4 MG RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21976/02
- SINGULAIR JUNIOR 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-06680/06
- SINGULAIR MINI 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-06680/05
- SINGULAIR 4 MG GRANULÁTUM	28x tasakban	OGYI-T-06680/02
- VIZENDO 4 MG RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21303/04
- VIZENDO 5 MG RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21303/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): J45

EÜ90 3/b1.

Támogatott indikációk:

- Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), ha a FEV/FVC kisebb, mint 70%, FEV1 a kívánt érték 80%-a felett van

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekektüdőgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekektüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ATROVENT N 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x palackban (acél)	OGYI-T-08932/01
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x palackban	OGYI-T-08049/01
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag	OGYI-T-05752/01
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200adag	OGYI-T-07232/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): J44

EÜ90 3/b2.

Támogatott indikációk:

- Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), ha a FEV/FVC kisebb, mint 70%, FEV1 a kívánt érték 50-80%-a között van, rendelhetők a 3/b1. és a 3/b2. pontban felsorolt gyógyszerek

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
-----------	---------------	-------------

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermektüdőgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ATIMOS 12 MIKROGRAMM/BEFÚJÁS TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x100adag tartályban	OGYI-T-10307/01
- ATIMOS 12 MIKROGRAMM/BEFÚJÁS TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x120adag tartályban	OGYI-T-10307/02
- ATROVENT N 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x palackban (acél)	OGYI-T-08932/01
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x palackban	OGYI-T-08049/01
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag	OGYI-T-05752/01
- FORADIL 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-04656/02
- FORMOTEROL EASYHALER 12 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x120adag	OGYI-T-10480/01
- ONBREZ BREEZHALER 150 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x buboréksomagolásban +1 inhalátor	EU/1/09/593/002
- ONBREZ BREEZHALER 300 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x buboréksomagolásban +1 inhalátor	EU/1/09/593/007
- SEREVENT DISKUS 50 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-05766/01
- SEREVENT EVOHALER 25 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag al tartályban	OGYI-T-20251/01
- SPIRIVA RESPIMAT 2,5 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS OLDAT	1x30adag patronban (60 befújás)	OGYI-T-08632/03
- SPIRIVA 18 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08632/02
- SPIRIVA 18 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x buboréksomagolásban +handi haler	OGYI-T-08632/01
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200adag	OGYI-T-07232/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): J44**EÜ90 3/b3.****Támogatott indikációk:**

- Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), ha a FEV/FVC 70%, FEV1 a kívánt érték 50%-a alatt van, rendelhetők a 3/b1., a 3/b2. és a 3/b3. pontban felsorolt gyógyszerek

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermektüdőgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	javasolhat és írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ATIMOS 12 MIKROGRAMM/BEFÚJÁS TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x100adag tartályban	OGYI-T-10307/01
- ATIMOS 12 MIKROGRAMM/BEFÚJÁS TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x120adag tartályban	OGYI-T-10307/02
- ATROVENT N 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x palackban (acél)	OGYI-T-08932/01
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x palackban	OGYI-T-08049/01
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200adag	OGYI-T-05752/01
új - DIMENIO 50 MIKROGRAMM/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	60x fóliacsík	OGYI-T-22078/06
- FORADIL 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-04656/02
- FORMOTEROL EASYHALER 12 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x120adag	OGYI-T-10480/01
- ONBREZ BREEZHALER 150 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x buboréksomagolásban +1 inhalátor	EU/1/09/593/002
- ONBREZ BREEZHALER 300 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x buboréksomagolásban +1 inhalátor	EU/1/09/593/007
- SERETIDE DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag por-inhaláló eszközben	OGYI-T-07626/03
- SEREVENT DISKUS 50 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-05766/01
- SEREVENT EVOHALER 25 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120adag al tartályban	OGYI-T-20251/01
- SPIRIVA RESPIMAT 2,5 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS OLDAT	1x30adag patronban (60 befújás)	OGYI-T-08632/03
- SPIRIVA 18 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08632/02
- SPIRIVA 18 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x buboréksomagolásban +handi haler	OGYI-T-08632/01
- SYMBICORT FORTE TURBUHALER 9 MIKROGRAMM/320 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-08492/05
- SYMBICORT TURBUHALER 4,5 MIKROGRAMM/160 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR	1x120adag	OGYI-T-08492/04
- SYMBICORT TURBUHALER 4,5 MIKROGRAMM/160 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR	1x60adag	OGYI-T-08492/03
- THOREUS DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60adag +inhaláló eszköz	OGYI-T-09182/03
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200adag	OGYI-T-07232/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): J44

EÜ90 4/a.**Támogatott indikációk:**

- Közepes thromboemboliás kockázattal járó műtéti beavatkozások esetén a vénás thromboembolia elsődleges megelőzése, profilaktikus dózisban a kockázat fennállásának idejére, de maximum tíz napig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Arc-állcsont-szájsebészet	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Idegsebészet	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sebészet	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szülészeti-nőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CLEXANE 2000 NE/0,2 ML (20 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,2ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/02
- CLEXANE 2000 NE/0,2 ML (20 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	2x0,2ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/01
- FRAGMIN 2500 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x4ml ampulla	OGYI-T-04428/01
- FRAGMIN 2500 NE/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,2ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/04
- FRAXIPARINE 1900 NE/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,2ml	OGYI-T-06770/01
- FRAXIPARINE 2850 NE/0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,3ml	OGYI-T-06770/02
- FRAXIPARINE 3800 NE/0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,4ml	OGYI-T-06770/03
- ZIBOR 2500 NE ANTI XA/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-20071/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): Z298

EÜ90 4/b.**Támogatott indikációk:**

- Traumatizált beteg részére a vénás thromboemboliás esemény elsődleges megelőzése, profilaktikus dózisban maximum három hónapig
- Nagy és az igen nagy műtéti kockázattal járó műtéti beavatkozások esetén a vénás thromboemboliás esemény elsődleges megelőzése, profilaktikus dózisban maximum három hónapig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Idegsebészet	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sebészet	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szülészeti-nőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,4ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/04
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	2x0,4ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/03
- FRAGMIN 5000 NE/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,2ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/06
- FRAXIPARINE 3800 NE/0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,4ml	OGYI-T-06770/03
- FRAXIPARINE 5700 NE/0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6ml	OGYI-T-06770/04
- ZIBOR 3500 NE ANTI XA/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-20071/05

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): Z298

EÜ90 4/c.

Támogatott indikációk:

- A vénás thromboemboliák elsődleges megelőzésére ágyhoz kötött belgyógyászati beteg részére közepesen nagy thromboemboliás kockázat esetén, profilaktikus dózisban a kockázat fennállásának idejére
- Thromboemboliás szövődményekhez vezető veleszületett vagy szerzett, dokumentált thrombophilia halmozott kockázattal járó eseteiben, profilaktikus dózisban a kockázat fennállásának idejére

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szülészeti-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,4ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/04
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	2x0,4ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/03
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,6ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/06

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	2x0,6ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/05
- FRAGMIN 5000 NE/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,2ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/06
- FRAXIPARINE 2850 NE/0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,3ml	OGYI-T-06770/02
- FRAXIPARINE 3800 NE/0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,4ml	OGYI-T-06770/03
- FRAXIPARINE 5700 NE/0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6ml	OGYI-T-06770/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D689, Z298

EÜ90 4/d.

Támogatott indikációk:

- Thromboemboliás szövődmények szempontjából halmozott kockázattal járó kórkép esetén
- Vénás thromboembolia másodlagos megelőzésére, amennyiben az orális K-vitamin antagonisták (acenocumarol, warfarin) ellenjavalltak

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CLEXANE 10000 NE/1,0 ML (100 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	2x1ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/09
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,4ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/04
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	2x0,4ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/03
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,6ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/06
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	2x0,6ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/05
- CLEXANE 8000 NE/0,8 ML (80 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,8ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/08
- CLEXANE 8000 NE/0,8 ML (80 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	2x0,8ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/07
- FRAGMIN 10.000 NE/ML TÖBBADAGOS OLDATOS INJEKCIÓ	1x10ml injekciós üvegben	OGYI-T-04428/03
- FRAGMIN 10.000 NE/0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	5x0,4ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/10
- FRAGMIN 12.500 NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	5x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/12
- FRAGMIN 15.000 NE/0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	5x0,6ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/14
- FRAGMIN 18.000 NE/0,72 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	5x0,72ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/16
- FRAGMIN 7500 NE/0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	10x0,3ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/08
- FRAXIPARINE 3800 NE/0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,4ml	OGYI-T-06770/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FRAXIPARINE 5700 NE/0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6ml	OGYI-T-06770/04
- FRAXIPARINE 7600 NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,8ml	OGYI-T-06770/05
- FRAXIPARINE 9500 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1,0ml	OGYI-T-06770/06
- XARELTO 15 MG FILMTABLETTA	14x	EU/1/08/472/011
- XARELTO 20 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/08/472/018

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D688, D689, I829, Z298

EÜ90 4/e.

Támogatott indikációk:

- A kialakult vénás thrombózis, illetve tüdőembolia kezelésére - az adott készítmény alkalmazási előírása szerinti terápiás dózisban és időtartamban az orális antikoaguláns kezelésre való átállásig

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CLEXANE FORTE 120 MG/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x0,8ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/13
- CLEXANE FORTE 150 MG/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x1,0ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/15
- CLEXANE 10000 NE/1,0 ML (100 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x1ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/09
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x0,6ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/06
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x0,6ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/05
- CLEXANE 8000 NE/0,8 ML (80 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x0,8ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/08
- CLEXANE 8000 NE/0,8 ML (80 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x0,8ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04097/07
- FRAGMIN 10.000 NE/ML TÖBBADAGOS OLDATOS INJEKCIÓ	1x10ml injekciós üvegben	OGYI-T-04428/03
- FRAGMIN 10.000 NE/0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	5x0,4ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/10
- FRAGMIN 12.500 NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	5x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/12
- FRAGMIN 15.000 NE/0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	5x0,6ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/14
- FRAGMIN 18.000 NE/0,72 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	5x0,72ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/16
- FRAGMIN 7500 NE/0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x0,3ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-04428/08
- FRAXIPARINE 5700 NE/0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6ml	OGYI-T-06770/04
- FRAXIPARINE 7600 NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,8ml	OGYI-T-06770/05
- FRAXIPARINE 9500 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1,0ml	OGYI-T-06770/06
- FRAXODI 11400 NE/0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6ml	OGYI-T-08015/02
- FRAXODI 15200 NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,8ml	OGYI-T-08015/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FRAXODI 19000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1 ml	OGYI-T-08015/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): I269, I8210

EÜ90 4/f.

Támogatott indikációk:

- Vénás thromboemboliás esemény (BNO: Z29.8) elsődleges megelőzése céljából elektív, teljes csípőízületi endoprotézis esetén maximum 30 napig, teljes térdízületi endoprotézis esetén maximum 15 napig, felnőtt korú betegek részére

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PRADAXA 110 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x1 buboréksomagolásban	EU/1/08/442/006
- PRADAXA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x1 buboréksomagolásban	EU/1/08/442/002
- XARELTO 10 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban (pp/al)	EU/1/08/472/006
- XARELTO 10 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban (pp/al)	EU/1/08/472/007
- XARELTO 10 MG FILMTABLETTA	5x buboréksomagolásban (pp/al)	EU/1/08/472/005

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): Z2980

EÜ90 5/a1.

Támogatott indikációk:

- Epilepszia

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekeurológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekeurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CLONAZEPAM TARCHOMIN 0,5 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08405/01
- CLONAZEPAM TARCHOMIN 2 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08405/02
- CONVULEX 150 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ LÁGY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban (pvc/pvdc/al)	OGYI-T-01112/02
- CONVULEX 500 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ LÁGY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban (pvc/pvdc/al)	OGYI-T-01112/10
- CONVULEX 500 MG RETARD FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-08893/03
- DEPAKINE CHRONO 300 MG FILMTABLETTA	2x50 pp tartályban	OGYI-T-05527/03
- DEPAKINE CHRONO 500 MG FILMTABLETTA	30x pp tartályban	OGYI-T-05527/04
- FRISIUM 10 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-01955/01
- NEUROTOP 300 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01479/01
- ORFIRIL 300 MG RETARD TABLETTA	100x műanyag tartályban	OGYI-T-02263/05
- RIVOTRIL 0,5 MG TABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-01358/01
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-01358/03
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	30x üvegben	OGYI-T-01358/02
- SERTAN TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-03183/01
- SEVENAL 100 MG TABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-11165/01
- SEVENALETTA TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-11167/01
- TEGRETOL CR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05833/01
- TEGRETOL CR 400 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05833/02
- TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04117/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G409

EÜ90 5/a2.

Támogatott indikációk:

- Epilepszia, az 5/a1. pontban felsorolt szerekre dokumentált rezisztencia esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekeurológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekeurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EPITRIGINE 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/08

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EPITRIGINE 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/03
- EPITRIGINE 200 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/05
- EPITRIGINE 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/06
- EPITRIGINE 25 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/01
- EPITRIGINE 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/07
- EPITRIGINE 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/02
- GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/19
- GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/17
- GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/32
- GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/30
- GABAGAMMA 600 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20334/42
- GABANEURAL 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20767/05
- GABANEURAL 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20767/07
- GABAPENTIN AUROBINDO 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-22066/18
- GABAPENTIN AUROBINDO 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-22066/29
- GEROLAMIC 100 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/21
- GEROLAMIC 200 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/27
- GEROLAMIC 25 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/09
- GEROLAMIC 5 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/03
- GEROLAMIC 50 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/15
- GORDIUS 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/02
- GORDIUS 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/01
- GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/04
- GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/03
- GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/06
- GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-09069/05
- GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/14
- GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/03
- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/17

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/04
- GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA	120x cseppentős tartályban	OGYI-T-20874/20
- GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20874/06
- LAMICTAL 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/07
- LAMICTAL 100 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/15
- LAMICTAL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/13
- LAMICTAL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/17
- LAMICTAL 25 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/04
- LAMICTAL 50 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/06
- LAMITRIN 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/05
- LAMITRIN 100 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/11
- LAMITRIN 25 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/01
- LAMITRIN 25 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/09
- LAMITRIN 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/03
- LAMITRIN 50 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/10
- LAMOLEP 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09333/03
- LAMOLEP 200 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09333/04
- LAMOLEP 25 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09333/01
- LAMOLEP 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09333/02
- LAMOTRIGIN AUROBINDO 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21321/60
- LAMOTRIGIN AUROBINDO 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21321/34
- LAMOTRIGIN ORION 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20380/03
- LAMOTRIGIN ORION 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20380/01
- LAMOTRIGIN ORION 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20380/02
- LAMOTRIGIN-GENERIC (UK) 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20317/05
- LAMOTRIGIN-GENERIC (UK) 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20317/03
- LAMOTRIGIN-RATIOPHARM 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20157/03
- LAMOTRIGIN-RATIOPHARM 25 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20157/01
- LAMOTRIGIN-RATIOPHARM 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20157/02
- LATRIGIL 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/pvc/aclar)	OGYI-T-10443/08

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LATRIGIL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/pvc/aclar)	OGYI-T-10443/10
- LATRIGIL 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/pvc/aclar)	OGYI-T-10443/04
- LATRIGIL 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/pvc/aclar)	OGYI-T-10443/06
- NEURONTIN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-04966/02
- NEURONTIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-04966/04
- NEURONTIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04966/03
- NEURONTIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-04966/06
- NEURONTIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04966/05
- SABRIL 500 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-02330/01
- TRILEPTAL 300 MG FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-06308/01
- TRILEPTAL 600 MG FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-06308/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G409

EÜ90 5/a3.

Támogatott indikációk:

- Epilepszia, az 5/a1- 5/a2. pontokban felsorolt szerekre dokumentált rezisztencia esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermeckorkeológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ETOPRO 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20648/06
- ETOPRO 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20648/08
- ETOPRO 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20648/02
- ETOPRO 50 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20648/04
- KAPIDOKOR 1000 MG FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-22045/07
- KAPIDOKOR 250 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-22045/02
- KAPIDOKOR 500 MG FILMTABLETTA	120x buboréksomagolásban	OGYI-T-22045/05
- KAPIDOKOR 750 MG FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-22045/06

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- KEPPRA 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x150ml üvegpalackban + 1x1 ml-es fecskendő	EU/1/00/146/032
- KEPPRA 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x150ml üvegpalackban + 1x3 ml-es fecskendő	EU/1/00/146/031
- KEPPRA 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x300ml üvegpalackban + 1x10 ml-es fecskendő	EU/1/00/146/027
- KEPPRA 250 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/00/146/005
- KEPPRA 500 MG FILMTABLETTA	120x	EU/1/00/146/012
- LEVEDIA 250 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-21916/07
- LEVEDIA 500 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-21916/15
- LEVELAN 250 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-22142/03
- LEVELAN 500 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-22142/16
- LEVETIRACETAM ACTAVIS 250 MG FILMTABLETTA	120x	OGYI-T-22142/16
- LEVETIRACETAM ACTAVIS 500 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/11/713/005
- LEVETIRACETAM ACTAVIS 500 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	EU/1/11/713/016
- LEVETIRACETAM PHARMASWISS 250 MG FILMTABLETTA	120x	OGYI-T-21926/02
- LEVETIRACETAM PHARMASWISS 500 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-21926/06
- LEVETIRACETAM PHARMASWISS 500 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	OGYI-T-21926/08
- LEVETIRACETAM PHARMASWISS 750 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/11/702/001
- LEVETIRACETAM RATIOPHARM 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	buboréksomagolásban	OGYI-T-22044/04
- LEVETIRACETAM SANDOZ 250 MG FILMTABLETTA	1x300ml üvegpalackban +1 db 10 ml-es orális fecskendő	OGYI-T-22044/08
- LEVETIRACETAM SANDOZ 500 MG FILMTABLETTA	120x	EU/1/11/701/025
- LEVETIRACETAM TEVA 1000 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	EU/1/11/701/005
- LEVETIRACETAM TEVA 250 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/11/701/013
- LEVETIRACETAM TEVA 500 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-22344/12
- LEVETIRACETAM UCB 1000 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	OGYI-T-22344/03
- LEVETIRACETAM UCB 250 MG FILMTABLETTA	120x	OGYI-T-22344/08
- LEVETIRACETAM UCB 500 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-22344/09
- LEVETIRACETAM UCB 750 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	OGYI-T-22114/08
- LEVETIRAGAMMA 250 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-22114/05
- LEVETIRAGAMMA 250 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-22114/34
- LEVETIRAGAMMA 500 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-22114/31
- LEVETIRAGAMMA 500 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban (pvc//al)	

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LEVIL 250 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-21821/01
- LEVIL 500 MG FILMTABLETTA	120x buboréksomagolásban	OGYI-T-21821/02
- LEVIL 750 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21821/03
- TALOPAM 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/03
- TALOPAM 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/04
- TALOPAM 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/02
- TOPAMAX 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pa/al/pvc//al)	OGYI-T-06268/08
- TOPAMAX 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pa/al/pvc//al)	OGYI-T-06268/10
- TOPAMAX 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pa/al/pvc//al)	OGYI-T-06268/04
- TOPAMAX 50 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pa/al/pvc//al)	OGYI-T-06268/06
- TOPEPSIL 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc)	OGYI-T-20604/04
- TOPEPSIL 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc)	OGYI-T-20604/08
- TOPEPSIL 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20604/10
- TOPEPSIL 50 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20604/12
- TOPILEX 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20689/11
- TOPILEX 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20689/03
- TOPILEX 50 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20689/07
- TOPIRAMAT GALEX 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20703/06
- TOPIRAMAT GALEX 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20703/08
- TOPIRAMAT GALEX 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20703/02
- TOPIRAMAT GALEX 50 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20703/04
- TOPIRAMAT ORION 100 MG FILMTABLETTA	60x tartályban és dobozban	OGYI-T-20876/03
- TOPIRAMAT ORION 200 MG FILMTABLETTA	60x tartályban és dobozban	OGYI-T-20876/04
- TOPIRAMAT ORION 25 MG FILMTABLETTA	60x tartályban és dobozban	OGYI-T-20876/01
- TOPIRAMAT ORION 50 MG FILMTABLETTA	60x tartályban és dobozban	OGYI-T-20876/02
- TOPIRAMAT-TEVA 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20625/03
- TOPIRAMAT-TEVA 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20625/04
- TOPIRAMAT-TEVA 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20625/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TOPIRAMAT-TEVA 50 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20625/02
- TROBALT 100 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	EU/1/11/681/005
- TROBALT 200 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	EU/1/11/681/007
- TROBALT 300 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	EU/1/11/681/009
- TROBALT 400 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	EU/1/11/681/011
- TROBALT 50 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	EU/1/11/681/002
- TROBALT 50 MG/100 MG FILMTABLETTA	21x50mg buboréksomagolásban +42x100 mg	EU/1/11/681/013
- VIMPAT 100 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	EU/1/08/470/005
- VIMPAT 150 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	EU/1/08/470/008
- VIMPAT 200 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	EU/1/08/470/011
- VIMPAT 50 MG FILMTABLETTA	14x buboréksomagolásban	EU/1/08/470/001
- ZONEGRAN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	98x	EU/1/04/307/007
- ZONEGRAN 25 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	EU/1/04/307/005
- ZONEGRAN 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x	EU/1/04/307/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G409

EÜ90 5/b1.

Támogatott indikációk:

- Lennox-Gastaut szindróma, maximum hat hónapig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekeurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ETOPRO 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20648/06
- ETOPRO 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20648/08
- ETOPRO 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20648/02
- ETOPRO 50 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20648/04
- TALOPAM 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/03
- TALOPAM 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/04
- TALOPAM 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TOPAMAX 100 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban (pa/al/pvc//al)	OGYI-T-06268/08
- TOPAMAX 200 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban (pa/al/pvc//al)	OGYI-T-06268/10
- TOPAMAX 25 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban (pa/al/pvc//al)	OGYI-T-06268/04
- TOPAMAX 50 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban (pa/al/pvc//al)	OGYI-T-06268/06
- TOPEPSIL 100 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban (pvc/pvdc)	OGYI-T-20604/04
- TOPEPSIL 200 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban (pvc/pvdc)	OGYI-T-20604/08
- TOPEPSIL 25 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20604/10
- TOPEPSIL 50 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20604/12
- TOPILEX 100 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20689/11
- TOPILEX 25 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20689/03
- TOPILEX 50 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20689/07
- TOPIRAMAT GALEX 100 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20703/06
- TOPIRAMAT GALEX 200 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20703/08
- TOPIRAMAT GALEX 25 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20703/02
- TOPIRAMAT GALEX 50 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20703/04
- TOPIRAMAT ORION 100 MG FILMTABLETTA	60x tartályban és dobozban	OGYI-T-20876/03
- TOPIRAMAT ORION 200 MG FILMTABLETTA	60x tartályban és dobozban	OGYI-T-20876/04
- TOPIRAMAT ORION 25 MG FILMTABLETTA	60x tartályban és dobozban	OGYI-T-20876/01
- TOPIRAMAT ORION 50 MG FILMTABLETTA	60x tartályban és dobozban	OGYI-T-20876/02
- TOPIRAMAT-TEVA 100 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20625/03
- TOPIRAMAT-TEVA 200 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20625/04
- TOPIRAMAT-TEVA 25 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20625/01
- TOPIRAMAT-TEVA 50 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20625/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): G404

EÜ90 5/b2.**Támogatott indikációk:**

- Lennox-Gastaut szindróma - valproatra, lamotiginre, topiramatra vagy ezek kombinációjára dokumentált rezisztencia esetén - egy évig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekeurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- INOVELON 200 MG FILMTABLETTA	50x	EU/1/06/378/008
- INOVELON 400 MG FILMTABLETTA	50x	EU/1/06/378/013
- TALOXÁ 120 MG/ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x230ml üvegben	OGYI-T-05129/03
- TALOXÁ 400 MG TABLETTA	40x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05129/01
- TALOXÁ 600 MG TABLETTA	40x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05129/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G404

EÜ90 6/a.**Támogatott indikációk:**

- Parkinson-kór és Parkinson-szindróma (másodlagos parkinsonismus) kezelésére - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AKINETON 2 MG TABLETTA	50x buborékcsomagolásban	OGYI-T-00330/01
- AKINETON 5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1ml ampulla	OGYI-T-04260/01
- JUMEX 10 MG TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-03573/02
- JUMEX 5 MG TABLETTA	50x buborékcsomagolásban	OGYI-T-03573/01
- KEMADRIN 5 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-00516/01
- MADOPAR 100 MG/25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-01157/02
- MADOPAR 100 MG/25 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	100x üvegben	OGYI-T-01157/03
- MADOPAR 200 MG/50 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-01157/01
- PK-MERZ FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-02205/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- SELEGILINE MYLAN 10 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07494/04
- SELEGILINE MYLAN 5 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07494/01
- VIREGYT 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x üvegben	OGYI-T-03447/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G20, G219

EÜ90 6/b.

Támogatott indikációk:

- Parkinson-kór esetén, az alkalmazási előírásban szereplő monoterápiában, illetve L-DOPA és selegilinnel, illetve amantadinnal való kombinált kezelésben kiegészítő kezelésként is, ha súlyos motoros fluktuáció jelentkezik - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AZILECT 1 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	EU/1/04/304/004
- MIRAPEXIN 0,088 MG TABLETTA	30x	EU/1/97/051/001
- MIRAPEXIN 0,18 MG TABLETTA	30x	EU/1/97/051/003
- MIRAPEXIN 0,26 MG RETARD TABLETTA	30x	EU/1/97/051/014
- MIRAPEXIN 0,52 MG RETARD TABLETTA	30x	EU/1/97/051/017
- MIRAPEXIN 0,7 MG TABLETTA	30x	EU/1/97/051/005
- MIRAPEXIN 1,05 MG RETARD TABLETTA	30x	EU/1/97/051/020
- MIRAPEXIN 2,1 MG RETARD TABLETTA	30x	EU/1/97/051/023
- NEUPRO 2 MG/24 H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	28x	EU/1/05/331/002
- NEUPRO 4 MG/24 H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	28x	EU/1/05/331/005
- NEUPRO 6 MG/24 H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	28x	EU/1/05/331/008
- NEUPRO 8 MG/24 H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	28x	EU/1/05/331/011
- OPRYMEA 0,088 MG TABLETTA	30x	EU/1/08/469/002
- OPRYMEA 0,18 MG TABLETTA	30x	EU/1/08/469/007
- OPRYMEA 0,7 MG TABLETTA	30x	EU/1/08/469/017
- PRAMIPEXOLE BLUEFISH 0,18 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al//al)	OGYI-T-21325/01
- PRAMIPEXOLE BLUEFISH 0,7 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al//al)	OGYI-T-21325/03
- PRAMIPEXOLE CSC 0,088 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21288/01
- PRAMIPEXOLE CSC 0,18 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21288/03
- PRAMIPEXOLE CSC 0,7 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21288/05
- PRAMIPEXOLE GLENMARK 0,18 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21142/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PRAMIPEXOLE GLENMARK 0,7 MG TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21142/04
- PRAMIPEXOLE ORION 0,088 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-21005/01
- PRAMIPEXOLE ORION 0,18 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-21005/02
- PRAMIPEXOLE ORION 0,7 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-21005/04
- PRAMIPEXOLE TEVA 0,088 MG TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	EU/1/08/490/001
- PRAMIPEXOLE TEVA 0,18 MG TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	EU/1/08/490/005
- PRAMIPEXOLE TEVA 0,7 MG TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	EU/1/08/490/013
- RALNEA 2 MG RETARD TABLETTA	28x buborékcsomagolásban (al/al)	OGYI-T-21515/03
- RALNEA 4 MG RETARD TABLETTA	28x buborékcsomagolásban (al/al)	OGYI-T-21515/11
- RALNEA 8 MG RETARD TABLETTA	28x buborékcsomagolásban (al/al)	OGYI-T-21515/19
- REQUIP 0,5 MG FILMTABLETTA	84x buborékcsomagolásban pvc/aclar/pvc//al	OGYI-T-06200/12
- REQUIP 0,5 MG FILMTABLETTA	84x hdpe tartályban	OGYI-T-06200/13
- REQUIP 1 MG FILMTABLETTA	21x buborékcsomagolásban pvc/aclar poliklór-trifluor- etilén//al	OGYI-T-06200/14
- REQUIP 1 MG FILMTABLETTA	21x buborékcsomagolásban pvc/aclar/pvc//al	OGYI-T-06200/15
- REQUIP 2 MG FILMTABLETTA	21x buborékcsomagolásban pvc/aclar poliklór-trifluor- etilén//al	OGYI-T-06200/16
- REQUIP 2 MG FILMTABLETTA	21x buborékcsomagolásban pvc/aclar/pvc//al	OGYI-T-06200/17
- REQUIP 5 MG FILMTABLETTA	21x buborékcsomagolásban pvc/aclar poliklór-trifluor- etilén//al	OGYI-T-06200/18
- REQUIP 5 MG FILMTABLETTA	21x buborékcsomagolásban pvc/aclar/pvc//al	OGYI-T-06200/19
- REQUIP-MODUTAB 2 MG RETARD FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-06200/03
- REQUIP-MODUTAB 2 MG RETARD FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-06200/20
- REQUIP-MODUTAB 4 MG RETARD FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-06200/05
- REQUIP-MODUTAB 4 MG RETARD FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-06200/21
- REQUIP-MODUTAB 8 MG RETARD FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-06200/06
új - REQUIP-MODUTAB 8 MG RETARD FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-06200/22
- RONIPOD 1 MG FILMTABLETTA	21x buborékcsomagolásban (opa/al/pvc//al)	OGYI-T-21302/27
- RONIPOD 2 MG FILMTABLETTA	21x buborékcsomagolásban (opa/al/pvc//al)	OGYI-T-21302/37

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- RONIPOD 5 MG FILMTABLETTA	21x buboréksomagolásban	OGYI-T-21302/47
- ROPINIROL ACTAVIS 2 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20663/57
- ROPINIROL ACTAVIS 4 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20663/58
- ROPINIROL ACTAVIS 8 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20663/59
- ROPINIROL ORION 1 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20686/05
- ROPINIROL ORION 2 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20686/07
- ROPINIROL ORION 5 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20686/09
- ROPINIROL TEVA 2 MG RETARD TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21762/01
- ROPINIROL TEVA 4 MG RETARD TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21762/03
- ROPINIROL TEVA 8 MG RETARD TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21762/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G20

EÜ90 6/c.

Támogatott indikációk:

- Parkinson-kórban kialakuló motoros fluktuáció minden esetében - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- COMTAN 200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/98/081/003
- COMTAN 200 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/98/081/001
- COMTAN 200 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/98/081/002
- STALEVO 100 MG/25 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/007
- STALEVO 125 MG/31,25 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/031
- STALEVO 150 MG/37,5 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/011
- STALEVO 200 MG/50 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/021
- STALEVO 50 MG/12,5 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/003
- STALEVO 50 MG/12,5 MG/200 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/03/260/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G20

EÜ90 7/a1.**Támogatott indikációk:**

- Hangulatzavarok, neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek, valamint bulimia nervosa diagnózisa esetén, de kizárólag az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Gyermek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ALPRAZOLAM ORION 0,25 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-21582/02
- ALPRAZOLAM ORION 0,5 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-21582/04
- ALPRAZOLAM ORION 1 MG TABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-21582/05
- ANAFRANIL SR 75 MG RETARD TABLETTA	20x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-02241/01
- ANAFRANIL 25 MG BEVONT TABLETTA	30x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-02241/03
- ANAFRANIL 25 MG/2 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x2ml ampulla	OGYI-T-02241/04
- APODEPI 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09054/01
- ASENTRA 100 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-09212/02
- ASENTRA 50 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-09212/01
- AURORIX 150 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-01809/02
- AURORIX 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-01809/03
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/06
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/07
- CITAGEN 10 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09357/01
- CITAGEN 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09357/05
- CITALODEP 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20085/01
- CITALODEP 40 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20085/02
- CITALOPRAM BLUEFISH 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21270/03
- CITALOPRAM BLUEFISH 40 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21270/08
- CITALOPRAM ORION 10 MG FILMTABLETTA	28x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-20342/01
- CITALOPRAM ORION 20 MG FILMTABLETTA	28x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-20342/02
- CITALOPRAM ORION 40 MG FILMTABLETTA	28x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-20342/03
- CITALOPRAM-RATIOPHARM 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09474/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CITALOPRAM-ZENTIVA 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-10046/01
- CITALOPRAM-ZENTIVA 40 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-10047/01
- CITAPRAM 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08976/01
- CITAPRAM 30 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08976/02
- CITAPRAM 40 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08976/03
- CLONAZEPAM TARCHOMIN 0,5 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08405/01
- CLONAZEPAM TARCHOMIN 2 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08405/02
- DALSAN 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09985/01
- DALSAN 20 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09985/02
- DALSAN 40 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09985/03
- FEVARIN 100 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-01422/01
- FEVARIN 50 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-01422/02
- FLOXET 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-05184/01
- FLOXET 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-05184/02
- FLOXET 4 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x70ml üvegben	OGYI-T-05184/03
- FLUOXETIN-ZENTIVA 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-06826/03
- FLUOXETIN-ZENTIVA 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-06826/04
- FRISIUM 10 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-01955/01
- FRONTIN 0,25 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-05967/02
- FRONTIN 0,5 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-05968/02
- FRONTIN 0,5 MG TABLETTA	30x üvegben	OGYI-T-05968/01
- FRONTIN 1 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-05969/02
- FRONTIN 1 MG TABLETTA	30x üvegben	OGYI-T-05969/01
- FRONTIN 1 MG TABLETTA	6x15 átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-05969/03
- HELEX SR 0,5 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20462/01
- HELEX SR 1 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20462/02
- HELEX SR 2 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20462/03
- LORAZEPAM ARAMIS 2,5 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-22120/07
- LUDIOMIL 10 MG FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01256/03
- LUDIOMIL 25 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-01256/02
- LUDIOMIL 75 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-01256/01
- MELIPRAMIN OLDATOS INJEKCIÓ	10x2ml ampulla	OGYI-T-03217/01
- MELIPRAMIN 25 MG FILMTABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-09017/01
- MOCRIM 150 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-10519/04
- MOCRIM 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10519/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PARETIN 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08867/01
- PARETIN 40 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08867/03
- PAROGEN 20 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-08795/01
- PAROXAT 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08263/01
- PAROXETIN PFIZER 20 MG FILMTABLETTA	(pvc/al átlátszatlan) 30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21576/06
- PAROXETIN PFIZER 30 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21576/17
- PAROXETIN PFIZER 30 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21576/18
- PAROXETIN-RATIOPHARM 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08794/01
- PORTAL 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-06475/02
- PROZAC 20 MG/5 ML BELSŐLEGES OLDAT	1x70ml üvegben	OGYI-T-05012/01
- REXETIN 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07931/01
- REXETIN 30 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07931/02
- RILEX 2,5 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-22121/03
- RIVOTRIL 0,5 MG TABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-01358/01
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-01358/03
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	30x üvegben	OGYI-T-01358/02
- SERLIFT 50 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-08682/01
- SEROTOR 20 MG FILMTABLETTA	28x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-08622/04
- SERTADEPI 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10350/01
- SERTAGEN 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10034/01
- SERTRALIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09374/02
- SERTRALIN SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09374/01
- SERTRALINE AUROBINDO 50 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20583/07
- SERTRALIN-TEVA 50 MG FILMTABLETTA	(pvc/pvdc//al) 30x	OGYI-T-10321/01
- SERTRALIN-ZENTIVA 100 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-10177/02
- SERTRALIN-ZENTIVA 50 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-10177/01
- SETALOFT 100 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20222/02
- STIMULOTON 100 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-07885/02
- STIMULOTON 50 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07885/01
- TEPERIN FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-03398/01
- XANAX SR 0,5 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04617/01
- XANAX SR 1 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04617/02
- XANAX SR 2 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04617/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- XANAX 0,25 MG TABLETTA	100x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-04617/05
- XANAX 0,5 MG TABLETTA	100x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-04617/07
- XANAX 1 MG TABLETTA	30x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-04617/08
- XETANOR 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20436/01
- ZOLOFT 20 MG/ML KONCENTRÁTUM BELSŐLEGES OLDATHOZ	1x60 ml üvegben	OGYI-T-04342/02
- ZYLORAM 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-09052/07

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F063, F204, F251, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F502, F503

EÜ90 7/a2.

Támogatott indikációk:

- Hangulatzavarok, neurotikus, stresszhez társuló és szomatoform rendellenességek, valamint bulimia nervosa diagnózisa esetén, a 7/a1. pontban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy ezeket a szereket nem toleráló beteg részére, de kizárólag az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ANEPTINEX 12,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban (al/al)	OGYI-T-21864/03
- CIPRALEX MELTZ 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08634/05
- CIPRALEX MELTZ 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08634/06
- CIPRALEX 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-08634/01
- COAXIL 12,5 MG BEVONT TABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-04858/02
- ELONTRIL 150 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-20351/01
- ELONTRIL 300 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-20351/02
- FALVEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20411/29
- FALVEN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20411/17
- FAXIPROL 150 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20519/22
- FAXIPROL 75 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20519/12
- FOBIVEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20570/05
- FOBIVEN 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20570/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FOBIVEN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20570/03
- JARVIS 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20449/03
- JARVIS 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20449/02
- MIAGEN 10 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-06217/01
- MIAGEN 30 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-06217/02
- MIAGEN 60 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-06217/03
- OLWEXYA 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20205/29
- OLWEXYA 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20205/05
- OLWEXYA 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20205/17
- TIAGER 100 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20938/02
- TIALERA 12,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-21808/05
- TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-01117/01
- TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01117/02
- TOLVON 60 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-02377/01
- TRITTICO AC 150 MG RETARD TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-08570/01
- TRITTICO AC 150 MG RETARD TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-08570/02
- VELAXIN 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-09736/03
- VELAXIN 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09735/01
- VELAXIN 50 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-09735/02
- VELAXIN 75 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-09736/01
- VENLAFAXIN BLUEFISH 150 MG NYÚJTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban (pvc/aclar//al)	OGYI-T-21294/02
- VENLAFAXIN BLUEFISH 75 MG NYÚJTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban (pvc/aclar//al)	OGYI-T-21294/01
- VENLAFAXIN-ZENTIVA 150 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20556/04
- VENLAFAXIN-ZENTIVA 75 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20556/01
- VENLAGAMMA 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban (méretben eltérő)	OGYI-T-21003/71
- VENLAGAMMA 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21003/06
- VENLAGAMMA 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban (méretben eltérő)	OGYI-T-21003/61
- VENLAXGEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21094/69
- VENLAXGEN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21094/41

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- VENTADEPRESS 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21031/05
- VENTADEPRESS 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21031/01
- WELLBUTRIN SR 150 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07363/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F063, F204, F251, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F502, F503

EÜ90 7/a3.

Támogatott indikációk:

- Hangulatzavarok, neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek, valamint bulimia nervosa diagnózisa esetén, a 7/a2. pontban felsorolt szerek közül legalább két különböző hatóanyagú gyógyszerre dokumentáltan nem reagáló, vagy ezeket a szereket nem toleráló beteg részére, de kizárólag az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CYMBALTA 30 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	28x	EU/1/04/296/001
- CYMBALTA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	28x	EU/1/04/296/002
- EDRONAX 4 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-06922/01
- MIRTADEPI 30 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10475/02
- MIRTADEPI 45 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10475/03
- MIRTAZAPIN ORION 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20309/01
- MIRTAZAPIN ORION 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20309/02
- MIRTAZAPIN ORION 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20309/03
- MIRTAZAPIN SANDOZ 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20584/04
- MIRTAZAPIN SANDOZ 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20584/06
- MIRTAZAPINE AUROBINDO 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20576/03
- MIRTAZAPINE AUROBINDO 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20576/09
- MIRTAZAPINE AUROBINDO 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20576/15
- MIRTAZAPINE BLUEFISH 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20991/02
- MIRTAZAPINE BLUEFISH 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20991/03
- MIRTAZAPIN-ZENTIVA 30 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20754/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MIRTAPIN-ZENTIVA 45 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20754/02
- MIRZATEN Q-TAB 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-09392/05
- MIRZATEN Q-TAB 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-09392/08
- MIRZATEN Q-TAB 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-09392/11
- MIRZATEN 15 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-09392/01
- MIRZATEN 30 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-09392/02
- MIRZATEN 45 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-09392/04
- MIZAPIN SOL 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-09779/05
- MIZAPIN SOL 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-09779/10
- MIZAPIN SOL 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-09779/15
- MIZAPIN 15 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-09779/01
- MIZAPIN 30 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-09779/17
- MIZAPIN 45 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-09779/18
- REMERON 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-06022/04
- REMERON 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-06022/05
- VALDOXAN 25 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/08/499/003
- YAROCEN 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buborékcsomagolásban (al/al leválasztható takarófoliájú, egységadagot tartalmazó)	OGYI-T-20595/02
- YAROCEN 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buborékcsomagolásban (al/al leválasztható takarófoliájú, egységadagot tartalmazó)	OGYI-T-20595/04
- YAROCEN 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buborékcsomagolásban (al/al leválasztható takarófoliájú, egységadagot tartalmazó)	OGYI-T-20595/06

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F063, F204, F251, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F502, F503

EÜ90 7/b1.

Támogatott indikációk:

- Bipoláris affektív zavar és szkizoaffektív zavar, de kizárólag az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LITICARB 500 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-04954/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): F25, F30, F31

EÜ90 7/b2.

Támogatott indikációk:

- Bipoláris affektív zavar és szkizoaffektív zavar, a 7/b1. pontban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy azt nem toleráló beteg részére, de kizárólag az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NEUROTOP 200 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01863/01
- NEUROTOP 300 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01479/01
- NEUROTOP 600 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01479/02
- TEGRETOL CR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05833/01
- TEGRETOL CR 400 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05833/02
- TEGRETOL 100 MG/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x100 ml üvegben	OGYI-T-05833/04
- TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04117/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): F25, F30, F31

EÜ90 7/b3.

Támogatott indikációk:

- Bipoláris affektív zavar és szkizoaffektív zavar, a 7/b1. és 7/b2. pontokban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy azt nem toleráló beteg részére, de kizárólag az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CONVULEX 300 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ LÁGY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban (pvc/pvdc/al)	OGYI-T-01112/06
- CONVULEX 500 MG RETARD FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-08893/03
- DEPAKINE CHRONO 300 MG FILMTABLETTA	2x50 pp tartályban	OGYI-T-05527/03
- DEPAKINE CHRONO 500 MG FILMTABLETTA	30x pp tartályban	OGYI-T-05527/04
- EPITRIGINE 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/08
- EPITRIGINE 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/03
- EPITRIGINE 200 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/05
- EPITRIGINE 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/06
- EPITRIGINE 25 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/01
- EPITRIGINE 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/07
- EPITRIGINE 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10383/02
- GEROLAMIC 100 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/21
- GEROLAMIC 200 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/27
- GEROLAMIC 25 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/09
- GEROLAMIC 5 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/03
- GEROLAMIC 50 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (aclar/pvc//al)	OGYI-T-20566/15
- LAMICTAL 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/07
- LAMICTAL 100 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/15
- LAMICTAL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/13
- LAMICTAL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/17
- LAMICTAL 25 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/04
- LAMICTAL 50 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-04094/06
- LAMITRIN 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/05
- LAMITRIN 100 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/11
- LAMITRIN 25 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/01
- LAMITRIN 25 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/09
- LAMITRIN 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/03
- LAMITRIN 50 MG TABLETTA	42x buboréksomagolásban	OGYI-T-08805/10
- LAMOLEP 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09333/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LAMOLEP 200 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09333/04
- LAMOLEP 25 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09333/01
- LAMOLEP 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09333/02
- LAMOTRIGIN AUROBINDO 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21321/60
- LAMOTRIGIN AUROBINDO 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21321/34
- LAMOTRIGIN ORION 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20380/03
- LAMOTRIGIN ORION 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20380/01
- LAMOTRIGIN ORION 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20380/02
- LAMOTRIGIN-GENERIC (UK) 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20317/05
- LAMOTRIGIN-GENERIC (UK) 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20317/03
- LAMOTRIGIN-RATIOPHARM 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20157/03
- LAMOTRIGIN-RATIOPHARM 25 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20157/01
- LAMOTRIGIN-RATIOPHARM 50 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20157/02
- LATRIGIL 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/pvc/aclar)	OGYI-T-10443/08
- LATRIGIL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/pvc/aclar)	OGYI-T-10443/10
- LATRIGIL 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/pvc/aclar)	OGYI-T-10443/04
- LATRIGIL 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x buboréksomagolásban (al/pvc/aclar)	OGYI-T-10443/06

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F25, F30, F31

EÜ90 7/c.

Támogatott indikációk:

- Tic zavar

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-03334/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- HALOPERIDOL-RICHTER 2 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x10 ml	OGYI-T-03334/02
- HALOPERIDOL-RICHTER 5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-03334/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): F952

EÜ90 8.

Támogatott indikációk:

- Az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő neurológiai javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ANAFRANIL SR 75 MG RETARD TABLETTA	20x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-02241/01
- ANAFRANIL 25 MG BEVONT TABLETTA	30x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-02241/03
- ANAFRANIL 25 MG/2 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x2ml ampulla	OGYI-T-02241/04
- CLONAZEPAM TARCHOMIN 0,5 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08405/01
- CLONAZEPAM TARCHOMIN 2 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08405/02
- NEUROTOP 200 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01863/01
- NEUROTOP 300 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01479/01
- NEUROTOP 600 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01479/02
- RIVOTRIL 0,5 MG TABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-01358/01
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-01358/03
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	30x üvegben	OGYI-T-01358/02
- TEGRETOL CR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-05833/01
- TEGRETOL CR 400 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05833/02
- TEGRETOL 100 MG/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x100 ml üvegben	OGYI-T-05833/04
- TEPERIN FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-03398/01
- TIAGER 100 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20938/02
- TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-01117/01
- TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01117/02
- TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04117/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): G

vált. EÜ90 10.

Támogatott indikációk:

- Koleszterin-epekövek oldása az epehólyagban.
- Primer biliaris cirrhosis tüneti kezelése, amennyiben dekompenzált májcirrózis nem áll fenn

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- URSOFALK 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-01620/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): K743, K80

EÜ90 11/a.

Támogatott indikációk:

- Colitis ulcerosa
- Crohn-betegség
- Rheumatoid arthritis

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gastroenterológia	írhat
Megkötés nélkül	Gyermekek gasztroenterológia	írhat
Megkötés nélkül	Reumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- SALAZOPYRIN EN 500 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	100x műanyag tartályban	OGYI-T-00586/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): K509, K519, M05, M060, M0610, M0680, M069, M0800, M082, M083, M084

EÜ90 11/b.**Támogatott indikációk:**

- Colitis ulcerosa, salazopyrin intolerancia, illetve jelentős szisztémás szteroid mellékhatás esetén az életkorra vonatkozó indikációs megkötések és az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok figyelembevételével
- Crohn-betegség, salazopyrin intolerancia, illetve jelentős szisztémás szteroid mellékhatás esetén az életkorra vonatkozó indikációs megkötések és az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok figyelembevételével

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gastroenterológia	írhat
Megkötés nélkül	Gyermekek gasztroenterológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BUDENOFALK 2 MG VÉGBÉLHAB	1x14adag al tartályban	OGYI-T-08898/02
- BUDENOFALK 3 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-08898/01
- ENTOCORT 2 MG VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ	buboréksomagolásban 7x	OGYI-T-05763/01
- ENTOCORT 3 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	buboréksomagolásban + 7 db műanyag oldószeres flakon + 7 db kézzel műanyag tasak	OGYI-T-05763/02
- PENTASA 1 G RETARD TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-04798/05
- PENTASA 1 G VÉGBÉLKÚP	60x	OGYI-T-04798/02
- PENTASA 1 G VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ	buboréksomagolásban (opa/al/pvc//al)	OGYI-T-04798/03
- PENTASA 2 G RETARD GRANULÁTUM	28x	OGYI-T-04798/04
- PENTASA 500 MG RETARD TABLETTA	buboréksomagolásban	OGYI-T-04798/01
- SALOFALK 1 G VÉGBÉLKÚP	60x tasakban	OGYI-T-02326/02
- SALOFALK 2 G/30 ML VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ	100x	OGYI-T-01610/02
- SALOFALK 250 MG BÉLBEN OLDÓDÓ TABLETTA	7x30 ml	OGYI-T-01612/01
- SALOFALK 250 MG VÉGBÉLKÚP	100x	OGYI-T-01611/01
- SALOFALK 4 G VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ	buboréksomagolásban	OGYI-T-01610/01
- SALOFALK 500 MG BÉLBEN OLDÓDÓ TABLETTA	30x fóliacsomagolásban	OGYI-T-02325/01
- SALOFALK 500 MG VÉGBÉLKÚP	30x fóliacsomagolásban	OGYI-T-02326/01
- XALAZIN 250 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	100x átlátszó	OGYI-T-09201/01
- XALAZIN 250 MG VÉGBÉLKÚP	buboréksomagolásban	OGYI-T-09203/01
- XALAZIN 500 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	30x pvc/pe fóliában	OGYI-T-09202/01
- XALAZIN 500 MG VÉGBÉLKÚP	100x átlátszó	OGYI-T-09204/01
	buboréksomagolásban	
	30x pvc/pe fóliában	

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): K5090, K519

EÜ90 12.

Támogatott indikációk:

- A szervtranszplantált vagy más patogenetikus ok miatt immunszupprimált beteg vírus és gombafertőzése esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Megkötés nélkül	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACICLOVIR AL 200 MG TABLETTA	25x buboréksomagolásban	OGYI-T-07459/04
- ACICLOVIR AL 200 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-07459/05
- ACICLOVIR AL 400 MG TABLETTA	25x buboréksomagolásban	OGYI-T-07459/06
- ACICLOVIR AL 400 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-07459/07
- DERMYC 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x buboréksomagolásban	OGYI-T-09322/05
- DERMYC 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	2x buboréksomagolásban	OGYI-T-09322/07
- DERMYC 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-09322/09
- DERMYC 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x buboréksomagolásban	OGYI-T-09322/01
- DIFLUCAN 10 MG/ML POR BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	1x24,4g flakonban + műanyag adagolókanál	OGYI-T-01550/07
- DIFLUCAN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-01550/02
- DIFLUCAN 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-01550/05
- DIFLUCAN 40 MG/ML POR BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	1x24,4g flakonban +műanyag adagolókanál	OGYI-T-01550/08
- DIFLUCAN 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-01550/01
- FAMVIR 125 MG FILMTABLETTA	10x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-05174/01
- FAMVIR 250 MG FILMTABLETTA	15x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-05174/02
- FLUCOHEXAL 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x buboréksomagolásban	OGYI-T-09648/01
- FLUCOHEXAL 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-09648/02
- FLUCOHEXAL 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x buboréksomagolásban	OGYI-T-09648/03
- FLUCONAZOLE AUROBINDO 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x buboréksomagolásban	OGYI-T-21812/39
- FLUCONAZOLE AUROBINDO 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	2x buboréksomagolásban	OGYI-T-21812/40
- FLUCONAZOLE AUROBINDO 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x buboréksomagolásban	OGYI-T-21812/42
- FLUCONAZOLE-Q PHARMA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	2x buboréksomagolásban	OGYI-T-21476/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FLUCONAZOLE-Q PHARMA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21476/03
- FLUCONAZOL-RATIOPHARM 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x	OGYI-T-08583/02
- FLUCONAZOL-RATIOPHARM 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	2x	OGYI-T-08583/03
- FLUCONAZOL-RATIOPHARM 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x	OGYI-T-08583/04
- FLUCONAZOL-RATIOPHARM 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x	OGYI-T-08583/01
- FLUCONER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20314/04
- FLUCONER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	2x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20314/05
- FLUCONER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20314/06
- HERPESIN 200 MG TABLETTA	25x buborékcsomagolásban	OGYI-T-08871/02
- HERPESIN 400 MG TABLETTA	25x buborékcsomagolásban	OGYI-T-08871/03
- HERPESIN 400 MG TABLETTA	35x buborékcsomagolásban	OGYI-T-08871/05
- ITRACONAZOL-RATIOPHARM 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-10600/03
- ITRACONEP 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-20859/02
- ITRAGEN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20196/03
- LAMISIL PEDIATRIC 125 MG TABLETTA	14x buborékcsomagolásban	OGYI-T-01866/03
- MYCONAFINE 250 MG TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20313/01
- MYCOSYST 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-06419/02
- MYCOSYST 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x	OGYI-T-06419/03
- MYCOSYST 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x	OGYI-T-06419/01
- MYCOSYST-GYNO 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x	OGYI-T-06419/05
- MYCOSYST-GYNO 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	2x	OGYI-T-06419/06
- NOFUNG 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x	OGYI-T-08963/02
- NOFUNG 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x	OGYI-T-08961/01
- OMICRAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	15x buborékcsomagolásban	OGYI-T-10601/05
- OMICRAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-10601/06
- OMICRAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x buborékcsomagolásban	OGYI-T-10601/04
- ORUNGAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	15x buborékcsomagolásban	OGYI-T-02172/02
- ORUNGAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-02172/03
- TELVIRAN 200 MG TABLETTA	25x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05695/01
- TERBIGEN 250 MG TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-10544/01
- TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA	14x buborékcsomagolásban	OGYI-T-10029/01
- TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-10029/02
- TERBINER 250 MG TABLETTA	14x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20357/01
- TERBINER 250 MG TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20357/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TERBISIL KID 125 MG TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-07454/03
- TERBISIL 250 MG TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-07454/01
- TERBISIL 250 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-07454/02
- TERFIN 250 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-09601/02
- TINEAL 250 MG TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-10265/01
- ZOVIRAX 40 MG/ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x125ml üvegben	OGYI-T-01389/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D849

EÜ90 14/a.

Támogatott indikációk:

- Dokumentált aktív rheumatoid arthritis egyéb terápiára dokumentáltan rezisztens súlyos eseteiben az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok figyelembevételével
- Dokumentált arthropathia psoriatica, egyéb terápiára dokumentáltan rezisztens súlyos eseteiben az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok figyelembevételével
- Dokumentált psoriasis, egyéb terápiára dokumentáltan rezisztens súlyos eseteiben az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok figyelembevételével
- Dokumentált atopiás dermatitis, egyéb terápiára dokumentáltan rezisztens súlyos eseteiben az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok figyelembevételével
- Dokumentált Bechet-kór syndroma, egyéb terápiára dokumentáltan rezisztens súlyos eseteiben az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok figyelembevételével
- Dokumentált aktív endogén uveitis egyéb terápiára dokumentáltan rezisztens súlyos eseteiben az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok figyelembevételével

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Allergológia és klinikai immunológia	írhat
Megkötés nélkül	Bőrgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Reumatológia	írhat
Megkötés nélkül	Szemészet	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ARAVA 10 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	EU/1/99/118/001
- ARAVA 10 MG FILMTABLETTA	30x műanyag tartályban	EU/1/99/118/003
- ARAVA 100 MG FILMTABLETTA	3x buboréksomagolásban	EU/1/99/118/009
- ARAVA 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	EU/1/99/118/005
- ARAVA 20 MG FILMTABLETTA	30x műanyag tartályban	EU/1/99/118/007
- EBETREXAT 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSENDŐBEN	1x1ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-20971/13

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EBETREXAT 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x1,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-20971/16
- EBETREXAT 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x1ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-20971/01
- EBETREXAT 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x1,25ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-20971/04
- LEFLUNOMID APOTEX 10 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21598/01
- LEFLUNOMID APOTEX 20 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21598/03
- LEFLUNOMID SANDOZ 10 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-21604/02
- LEFLUNOMID SANDOZ 20 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-21604/06
- METOJECT 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,30ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-20087/08
- METOJECT 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,40ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-20087/09
- METOJECT 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,50ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-20087/10
- NEOTIGASON 10 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04469/01
- NEOTIGASON 25 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04469/02
- REPSO 20 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	EU/1/11/674/006
- SANDIMMUN NEORAL 10 MG LÁGY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/02
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/05
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x50ml üvegben	OGYI-T-04200/01
- SANDIMMUN NEORAL 25 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/03
- SANDIMMUN NEORAL 50 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): H441, L209, L4050, L409, M059, M0690, M352
EÜ90 15.

Támogatott indikációk:

- Tehéntejfehérjével szemben vagy kizárólagos anyatejes táplálás esetén anyai diéta ellenére fennálló súlyos allergia - súlyos növekedéskor elmaradás, fehérjevesztéses enteropathia, véres széklet, szövettannal igazolt enteropathia, súlyos ulceratív colitis, súlyos atópiás dermatitis (10 pont feletti SCORAD), akut gégeödéma vagy bronchiális obstrukció nehézlégzéssel, 1 éves korig
- Rövidbél szindróma, 1 éves korig
- Extensíven hidrolizált tápszerrel szembeni intolerancia (tünetek perzisztálása vagy súlyosbodás) esetén, 1 éves korig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermeksebészet	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MILUMIL PREGOMIN AS	400 g	1230
- NEOCATE LCP	400 g	1048

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D5090, J3840, J4500, J9890, K522, L2094, R1950, R6281, T7830

EÜ90 17.

Támogatott indikációk:

- T3-hyperthyreosis esetében, hyperthyreotikus terhes és szoptató anyáknak, valamint thiamazollal (Metothylin) szemben kialakult dokumentált intolerancia esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PROPYCIL 50 MG TABLETTA	100x üveg tartályban	OGYI-T-01510/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E059

EÜ90 18.

Támogatott indikációk:

- Hypadrenia

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ASTONIN 0,1 MG TABLETTA	100x pp tartályban	OGYI-T-01533/01
- CORTEF 10 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-09856/02
- CORTEF 10 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-09856/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E271, E272, E273, E274

EÜ90 19.

Támogatott indikációk:

- Hormonális szint vizsgálatával dokumentált hypogonadizmus súlyos eseteiben, az életkorból adódó csökkent tesztoszteron-képzést kivéve

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Andrológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ANDRIOL TESTOCAPS 40 MG LÁGY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-09405/02
- ANDROGEL 50 MG GÉL TASAKBAN	30x tasakban	OGYI-T-20015/02
- NEBIDO 250 MG/ML ODATOS INJEKCIÓ	1x4 ml ampulla	OGYI-T-10175/01
- PROVIRON 25 MG TABLETTA	50x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-04565/02
új - TESTIM 50 MG TRANSZDERMÁLIS GÉL	30x al tubusban	OGYI-T-22254/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E230, E291

EÜ90 20/a.

Támogatott indikációk:

- Szisztémás lupus erythematosus
- Lupus erythematosus
- Autoimmun krónikus aktív hepatitis
- Lupoid hepatitis
- Autoimmun hemolitikus anémia
- Idiopáthiás trombocytopeniás purpura
- Reumás láz
- Nem gennyes thyroiditis
- Crohn-betegség
- Colitis ulcerosa
- Gluténszenzitív enteropathia
- Rheumatoid arthritis más szervek ill. szervrendszerek érintettsége esetén is

Támogatott indikációk:

- Fiatalkori izületi gyulladás
- Szisztémás sclerosis
- Dermatomyositis
- Polymyositis
- Myasthenia gravis
- Polymyalgia rheumatica
- Spondylitis ankylopoetica
- Polyarteritis nodosa
- Kawasaki szindróma
- Psoriasis beleértve arthropathiás formáját is
- Pemphigus
- Dermatitis herpetiformis Duhring
- Hypertrophias lichen ruber planus
- Necrobiosis lipoidica
- Sjörgen szindróma nyálmirigy duzzanatos és extraglanduláris tünetekkel járó formái
- Kevert kötőszöveti betegség
- Wegener-granulomatosis
- Mikroszkópos polyangiitis
- Churg-Strauss szindróma
- Takayasu-arteritis

Támogatott indikációk:

- Kevert cryoglobulinaemia
- Nem-differenciált autoimmun betegség az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Illetékes szakorvos	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AZATHIOPRIN EBEWE 100 MG FILMTABLETTA	50x tartályban	OGYI-T-20277/05
- AZATHIOPRIN EBEWE 50 MG FILMTABLETTA	100x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-20277/02
- AZATHIOPRIN EBEWE 75 MG FILMTABLETTA	100x tartályban	OGYI-T-20277/04
- DEPO-MEDROL 40 MG/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x1 ml	OGYI-T-06384/01
- HUMALAC A OLDATOS SZEMCSEPP	1x10ml tartályban	OGYI-T-03877/01
- HUMALAC B OLDATOS SZEMCSEPP	1x10ml tartályban	OGYI-T-03877/02
- HUMALAC C OLDATOS SZEMCSEPP	1x10ml tartályban	OGYI-T-03877/03
- IMURAN 25 MG FILMTABLETTA	100x átlátszatlan fehér buborékcsoomagolásban	OGYI-T-00665/02
- IMURAN 50 MG FILMTABLETTA	100x átlátszatlan fehér buborékcsoomagolásban	OGYI-T-00665/01
- MEDROL 100 MG TABLETTA	20x barna üvegpalackban	OGYI-T-00907/05
- MEDROL 16 MG TABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-00907/03
- MEDROL 32 MG TABLETTA	20x üvegben	OGYI-T-00907/04
- MEDROL 4 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-00907/02
- METILPREDNIZOLON-TEVA 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x106mg üvegben	OGYI-T-07862/06
- METYPRED 16 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-01879/04
- METYPRED 16 MG TABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-01879/03
- METYPRED 4 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-01153/03
- POLCORTOLONE 4 MG TABLETTA	30x üvegben +ldpe kupak	OGYI-T-00689/01
- PREDNISOLON-RICHTER 5 MG TABLETTA	100x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-03091/03
- PREDNISOLON-RICHTER 5 MG TABLETTA	20x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-03091/01
- SOLU-MEDROL 40 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x kétrekeszes injekciós üveg	OGYI-T-02245/01

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

D5900, D6930, D8910, E0610, E0630, G7000, I00H0, K509, K519, K7320, K7321, K9001, L1000, L1010, L1040, L1300, L4300, L9210, L93, M05, M060, M0610, M0680, M069, M0800, M081, M082, M083, M084, M3000, M3010, M3020, M3030, M3130, M3140, M32, M3300, M3310, M3320, M34, M3500, M3501, M3511, M3512, M3530, M45H0

EÜ90 21.**Támogatott indikációk:**

- A kórelőzményben szereplő, dokumentált darázs-, méhméreg vagy fűkeverék allergia okozta generalizált anaphylaxiás reakció esetén, intenzív osztályos háttérrel rendelkező intézetben

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Allergológia és klinikai immunológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Bőrgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Fül-orr-gégegyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- HUMÁN ALBUMIN VENOMENHAL OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x4,5ml injekciós üvegben	OGYI-T-08399/02
- PURETHAL FŰKEVERÉK 20 000 AUM/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x3 ml injekciós üvegben	OGYI-T-09700/01
- VENOMENHAL DARÁZS POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	6x injekciós üvegben +6x1,2 ml oldószer injekciós üvegben	OGYI-T-08398/01
- VENOMENHAL MÉH POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	6x injekciós üvegben + 6x1,2 ml oldószer injekciós üvegben	OGYI-T-08396/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): T783

EÜ90 22.**Támogatott indikációk:**

- Nyílt-zugú glaukoma egyéb terápiára rezisztens dokumentált esetei

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Szemészet	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szemészet	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ARUCOM 0,05 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml tartályban (ldpe)	OGYI-T-22081/01
- AZARGA 10 MG/ML+5 MG/ML SZUSZPENZIÓS SZEMCSEPP	1x5 ml	EU/1/08/482/001
- AZOPT 10 MG/ML SZUSZPENZIÓS SZEMCSEPP	1x5ml flakonban	EU/1/00/129/001
- COMBIGAN 2 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x5ml tartályban	OGYI-T-20114/01
- COSOPT OCUMETER PLUS 20 MG/ML + 5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x5ml hdpe tartályban	OGYI-T-07662/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- DORSOCOMB 20 MG/ML + 5MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x5ml tartályban (ldpe)	OGYI-T-22080/01
- DORZOLEP KOMB OLDATOS SZEMCSEPP	1x5ml tartályban (ldpe)	OGYI-T-22035/01
- DORZOLEP 20 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x5ml cseppentős tartályban	OGYI-T-21713/01
- DUOTRAV 40 MIKROGRAMM/ML + 5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml flakonban	EU/1/06/338/001
- GANFORT 300 MIKROGRAMM/ML + 5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x3ml palackban	EU/1/06/340/001
- GANFORT 300 MIKROGRAMM/ML + 5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	3x3ml palackban	EU/1/06/340/002
- GLAMZOLID OLDATOS SZEMCSEPP	1x5 ml tartályban	OGYI-T-20758/01
- HUMA-TALIA 0,05 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml tartályban (ldpe)	OGYI-T-22055/01
- KIRANOL 20 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x5ml cseppentős tartályban	OGYI-T-21778/01
- LANOTAN 50 MIKROGRAMM/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml tartályban	OGYI-T-21504/01
- LAPROSEP 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml tartályban (ldpe)	OGYI-T-21743/01
- LATANOPROST ACTAVIS 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml tartályban (ldpe)	OGYI-T-21165/01
- LATANOPROST PFIZER 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml tartályban (védőgyűrűvel, ldpe cseppentős)	OGYI-T-21936/02
- LATAPRES 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml tartályban (ldpe)	OGYI-T-21342/01
- LUMIGAN 0,3 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x3ml palackban	EU/1/02/205/001
- LUMIGAN 0,3 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	3x3ml palackban	EU/1/02/205/002
- NODOM 20 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x5ml tartályban	OGYI-T-22036/01
- OCCHISTIL 0,05 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml tartályban	OGYI-T-21901/01
- TAFLOTAN 15 MIKROGRAMM/ML OLDATOS SZEMCSEPP EGYADAGOS TARTÁLYBAN	30x0,3ml egyadagos tartályban	OGYI-T-21851/01
- TRAVATAN 40 MIKROGRAMM/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml flakonban	EU/1/01/199/001
- TRAVATAN 40 MIKROGRAMM/ML OLDATOS SZEMCSEPP	3x2,5ml flakonban	EU/1/01/199/002
- TRUSOPT OCUMETER PLUS 20 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x5ml hdpe tartályban	OGYI-T-07670/01
- XALACOM 0,05 MG/ML + 5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml tartályban	OGYI-T-08165/01
- XALATAN 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml cseppentős tartályban (védőgyűrűvel lezárt)	OGYI-T-05637/02
- XALATAN 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5ml cseppentős tartályban (védőkupakkal lezárt)	OGYI-T-05637/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): H4010

EÜ90 23.

Támogatott indikációk:

- Dializált vesebetegek uraemiás osteodystrophia
- Krónikus veseelégtelenséget kísérő osteopathia
- Tubularis osteopathiák
- D-vitamin-rezisztens osteomalacia

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Nephrológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ALPHA D3 0,25 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	60x tartályban	OGYI-T-02386/01
- ALPHA D3 1 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	30x tartályban	OGYI-T-02386/04
- ALPHA D3-TEVA 0,25 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	60x tartályban	OGYI-T-07697/01
- ALPHA D3-TEVA 0,5 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	30x tartályban	OGYI-T-07697/02
- ALPHA D3-TEVA 1 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	30x tartályban	OGYI-T-07697/03
- CALCIJEX 2 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1 ml ampulla	OGYI-T-02171/01
- ROCALTROL 0,25 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-01214/03
- ROCALTROL 0,5 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	100x buborékcsomagolásban	OGYI-T-01214/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): N2500**EÜ90 24/a1.****Támogatott indikációk:**

- Tehéntejfehérje iránti túlérzékenység, 0-12 hónapos életkorban
- Tehéntej és szójafehérje iránti együttes túlérzékenység, 0-1 éves életkorban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Háziorvos	Megkötés nélkül	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ALFARÉ	400 g	696
- MILUMIL PEPTI	450 g	1252
- MILUMIL PEPTI PLUS 2	450 g	1211
- MILUMIL PREGOMIN	450 g	1209
- MILUMIL SINEMIL	600 g	1349
- MILUPA PEPTI PLUS 2	450 g	271
- MILUPA PEPTI 1	450 g	234
- MILUPA PREGOMIN	450 g	1055
- NOVALAC ALLERNOVA	400 g	849
- PEPTI-JUNIOR	450 g	134
- SINLAC	650g (2x325g)	1304

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K5220

EÜ90 24/a2.

Támogatott indikációk:

- Tehéntej és szójafehérje iránti együttes túlérzékenység, 1-6 éves életkorban

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ALFARÉ	400 g	696
- MILUMIL PEPTI	450 g	1252
- MILUMIL PEPTI PLUS 2	450 g	1211
- MILUMIL PREGOMIN	450 g	1209
- MILUMIL SINEMIL	600 g	1349
- MILUPA PEPTI PLUS 2	450 g	271
- MILUPA PEPTI 1	450 g	234
- MILUPA PREGOMIN	450 g	1055
- NOVALAC ALLERNOVA	400 g	849
- PEPTI-JUNIOR	450 g	134
- SINLAC	650g (2x325g)	1304

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K5220

EÜ90 24/b1.

Támogatott indikációk:

- Tehéntejfehérje iránti túlérzékenység, 6 hónapos és 1 éves életkor között

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Háziorvos	Megkötés nélkül	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- HUMANA SL PLUS	500 g	1259
- MILUMIL SINEMIL	600 g	1349
- MILUMIL SOM	500 g	1251
- MILUPA SOM SZÓJAALAPÚ CSECSEMŐTÁPSZER	500 g	108
- NESTLÉ SZÓJA-RIZS PÉP	400 g	300

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NOVALAC ALLERNOVA	400 g	849
- NUTRILON SOYA PLUS 2	400 g	272
- NUTRILON SOYA 1	400 g	132
- SINLAC	650g (2x325g)	1304

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K5220

EÜ90 24/b2.

Támogatott indikációk:

- Tehéntejfehérje iránti túlérzékenység, 12 hónapos és 6 éves életkor között

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- HUMANA SL PLUS	500 g	1259
- MILUMIL SINEMIL	600 g	1349
- MILUMIL SOM	500 g	1251
- MILUPA SOM SZÓJAALAPÚ CSECSEMŐTÁPSZER	500 g	108
- NESTLÉ SZÓJA-RIZS PÉP	400 g	300
- NOVALAC ALLERNOVA	400 g	849
- NUTRILON SOYA PLUS 2	400 g	272
- NUTRILON SOYA 1	400 g	132
- SINLAC	650g (2x325g)	1304

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K5220

EÜ90 24/c1.

Támogatott indikációk:

- Tartós lactose intolerantia, 0-1 éves életkorban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Háziorvos	Megkötés nélkül	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AL 110	400 g	211

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BEBA LAKTÓZMENTES	400 g	1306
- MILUMIL LAKTÓZMENTES	400 g	1213
- MILUPA LAKTÓZMENTES	400 g	920
- NUTRILON LOW LACTOSE	400 g	133

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E7390

EÜ90 24/c2.

Támogatott indikációk:

- Tartós lactose intolerantia, 1-6 éves életkorban

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AL 110	400 g	211
- BEBA LAKTÓZMENTES	400 g	1306
- MILUMIL LAKTÓZMENTES	400 g	1213
- MILUPA LAKTÓZMENTES	400 g	920
- NUTRILON LOW LACTOSE	400 g	133

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E7390

EÜ90 25.

Támogatott indikációk:

- Degeneratív nagyízületi, illetve gerincbetegségek súlyos, más szerekkel nem befolyásolható fájdalmának kezelésére

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Idegsebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CODOXY 10 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21706/06

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CODOXY 20 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21706/10
- CODOXY 5 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21706/02
- DOLFORIN 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20594/02
- DOLFORIN 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20594/01
- DUROGESIC 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-04530/01
- FENTANYL SANDOZ MAT 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20155/03
- FENTANYL-RATIOPHARM 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20282/01
- FENTANYL-ZENTIVA 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20373/02
- MATRIFEN 12 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20288/07
- MATRIFEN 12 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20288/05
- MATRIFEN 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20288/16
- MATRIFEN 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20288/14
- OXYCONTIN 10 MG RETARD FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07166/03
- OXYCONTIN 20 MG RETARD FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07166/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): M169, M179, M190, M47, M48, M5100, M5110, M5440

EÜ90 26.

Támogatott indikációk:

- Táplálékfelvétel és utilizáció súlyos károsodásával járó kórképek esetén - beleértve a rosszindulatú betegségeket is - szonda táplálásra

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekegyesület	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekegyesület	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugárterápia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FRESUBIN HP ENERGY ÍZESÍTÉS:SEMLEGES	500 ml (üvegben)	
- FRESUBIN ORIGINAL ÍZESÍTÉS:VANÍLIA	500 ml	127/02
- FRESUBIN 2KCAL HP	500 ml	1547
- FRESUBIN 2KCAL HP FIBRE	500 ml	1546
- ISOSOURCE ENERGY NATÚR	500 ml	1098

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ISOSOURCE STANDARD NATÚR	500 ml	1096
- NOVASOURCE GI CONTROLL NEM ÍZESÍTETT	500 ml	626
- NOVASOURCE GI CONTROLL VANÍLIA	500 ml	627
- NUTRINI	200 ml	1487
- NUTRINI ENERGY	200 ml	1486
- NUTRISON ADVANCED DIASON	1000 ml	1431
- NUTRISON ADVANCED PEPTISORB	500 ml	1025
- NUTRISON ENERGY	1000 ml	1505
- NUTRISON ENERGY	500 ml	1265
- NUTRISON ENERGY MULTI FIBRE	1000 ml	1432
- NUTRISON POWDER	430 g	1040
- NUTRISON 1200 COMPLETE MULTIFIBRE	1500 ml	1407

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C, E40H0, E41H0, E42H0, E43H0, R54H0, R6300, R6330, R6340, R64H0

EÜ90 27.

Támogatott indikációk:

- Cisztás fibrózis (mucoviscidosis)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek tüdőgyógyászata	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászata	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CYSTILAC	900 g	1540

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E8400, E8410, E8480, E8490

EÜ90 28.

Támogatott indikációk:

- Microsporia capitis
- Trichophytia profunda

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
-----------	---------------	-------------

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Bőrgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LAMISIL PEDIATRIC 125 MG TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-01866/03
- MYCONAFINE 250 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20313/01
- TERBIGEN 250 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-10544/01
- TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-10029/01
- TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10029/02
- TERBINER 250 MG TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-20357/01
- TERBINER 250 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20357/02
- TERBISIL KID 125 MG TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-07454/03
- TERBISIL 250 MG TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-07454/01
- TERBISIL 250 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-07454/02
- TERFIN 250 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-09601/02
- TINEAL 250 MG TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-10265/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): B3500

EÜ90 29.

Támogatott indikációk:

- Osteoporoticus csigolyatörések szekunder prevenciója céljából, nőknek (a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján) és férfiaknak, legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, amennyiben a beteg törzsi csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD értéke -4,0 SD T-score alatti, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával, legfeljebb 18 hónapig az alkalmazási előírásban meghatározott indikációban
- Osteoporoticus csigolyatörések szekunder prevenciója céljából, nőknek (a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján) és férfiaknak, legalább két típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, amennyiben a beteg törzsi csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD értéke -3,0 SD T-score alatti, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával, legfeljebb 18 hónapig az alkalmazási előírásban meghatározott indikációban
- Osteoporoticus csigolyatörések szekunder prevenciója céljából nőknek, legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, amennyiben a beteg törzsi csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD értéke -3,0 SD T-score alatti, és az EÜ 70 százalékos támogatási kategória EÜ70 9b/1. vagy EÜ70 9b/2. vagy EÜ70 9b/3. pontjában meghatározott kezelés legalább 12 hónapon át történő alkalmazása eredménytelen (a T-score értéke csökken), vagy a kezeléssel szemben dokumentált intolerancia lép fel, vagy a kezelés ellenjavallt, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) további biztosításával, legfeljebb 18 hónapig az alkalmazási előírásban meghatározott indikációban - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Osteoporoticus csigolyatörések szekunder prevenciója céljából férfiaknak, legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, amennyiben a beteg törzsi csontok ásványianyag tartalmának fotonabszorpciós vizsgálatával igazolt BMD értéke -3,0 SD T-score alatti és az EÜ 70 százalékos támogatási kategória 9c/1. pontjában meghatározott kezelés legalább 12 hónapon át történő alkalmazása eredménytelen (a T-score értéke csökken), vagy a kezeléssel szemben dokumentált intolerancia lép fel, vagy a kezelés ellenjavallt, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) további biztosításával az alkalmazási előírásban meghatározott indikációban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Traumatológia	írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészet-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FORSTEO 20 MCG/80 MCL OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x	EU/1/03/247/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): M80, M82

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 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	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- HUMALOG MIX 25 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/96/007/008
- HUMALOG MIX 50 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/96/007/006
- NOVOMIX 30 PENFILL 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3 ml	EU/1/00/142/005

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

EÜ90 31.

Támogatott indikációk:

- Akut myocardialis infarctust követő teljes medikáció (ACE-gátló, béta-receptor blokkoló, diuretikum, nitrát) ellenére fennálló szimptomás szívelégtelenség (NYHA III-IV., LVEF <40%) kiegészítő terápiájaként.

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Kardiológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- INSPRA 25 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20042/01
- INSPRA 50 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20042/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): I2380

EÜ90 32.

Támogatott indikációk:

- Tüneti szerekkel nem befolyásolható, szövettanilag igazolt kollagén colitisben, napi 9 mg-s adagban 8 hétig, hisztológiai vizsgálattal igazolt remisszió esetén a kezelés tovább folytatható tünetektől függően lehetőleg csökkentett adagban (3-6 mg/nap)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BUDENOFALK 3 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-08898/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K5290

EÜ90 33.

Támogatott indikációk:

- Mérsékelt-súlyos tünetekkel járó méhfibrómák preoperatív kezelésére fogamzóképes korú felnőtt nők esetében, legfeljebb 3 hónapra

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szülészet-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ESMYA 5 MG TABLETTA	28x	EU/1/12/750/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D25

Kiemelt, indikációhoz kötött támogatással rendelheti**EÜ 100 százalékos támogatási kategória****EÜ100 1.****Támogatott indikációk:**

- Insulinkezelésre 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	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACTRAPID PENFILL 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/02/230/006
- ACTRAPID 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS ÜVEGBEN (10 ML)	1x10 ml	EU/1/02/230/003
- HUMULIN M3 (30/70) 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x10ml injekciós üvegben	OGYI-T-05928/01
- HUMULIN M3 (30/70) 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml patronban	OGYI-T-05928/02
- HUMULIN N 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x10ml injekciós üvegben	OGYI-T-05932/01
- HUMULIN N 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml patronban	OGYI-T-05932/02
- HUMULIN R 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x10ml injekciós üvegben	OGYI-T-05933/01
- HUMULIN R 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml patronban	OGYI-T-05933/02
- INSULATARD PENFILL 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/02/233/006
- INSULATARD 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ INJEKCIÓS ÜVEGBEN (10 ML)	1x10 ml	EU/1/02/233/003
- INSUMAN BASAL 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/97/030/148
- INSUMAN BASAL 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/97/030/035
- INSUMAN COMB 15 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/97/030/040
- INSUMAN COMB 25 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/97/030/160
- INSUMAN COMB 25 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/97/030/045
- INSUMAN COMB 50 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/97/030/050
- INSUMAN RAPID 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	5x3 ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/97/030/142
- INSUMAN RAPID 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/97/030/030

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

EÜ100 2.**Támogatott indikációk:**

- Legalább 3 hónapig 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 $10,0 \text{ mmol/l}$ értéket, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikémia 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) hypoglikémia jelentkezik.
- Felnőtt beteg esetében a gyógyszer alkalmazása egy év után csak akkor folytatható, amennyiben a megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartás ($HbA1c < 8,0\%$) a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző fél éven belül legalább két mérés alapján fenntartható volt. (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 hypoglikémiás eseménye volt.)
- 18 év alatti beteg esetében a gyógyszer alkalmazása egy év után csak akkor folytatható, amennyiben a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző hat hónapban mért $HbA1c$ értékek átlaga legalább $2,0\%$ ponttal alacsonyabb a korábbi humán inzulinval végzett intenzív-konzervatív kezeléshez képest, vagy a $HbA1c < 8,0\%$. (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 hypoglikémiás eseménye volt.)
- A fenti feltételek alapján végzett kezelést követően
- -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 $10,0 \text{ mmol/l}$ értéket, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikémia jelentkezik.
- -legalább egy évig az Eü50 6/d. pont alapján kezelt cukorbeteg részére, amennyiben a megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartás ($HbA1c < 8,0\%$) a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző fél éven belül legalább két mérés alapján fenntartható volt.
- 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 6 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- 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 INJEKCIÓS ÜVEGBEN	1x10ml injekciós üvegben	EU/1/04/285/001
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/04/285/008
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN (OPTICLIK)	5x3ml	EU/1/04/285/024
- HUMALOG 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/96/007/004
- NOVORAPID PENFILL 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3ml patronban	EU/1/99/119/006

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

EÜ100 3.

Támogatott indikációk:

- Legalább 3 hónapig 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 hypoglikémia 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.
- Felnőtt beteg esetében a gyógyszer alkalmazása egy év után csak akkor folytatható, amennyiben a megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartás ($HbA_{1c} < 8,0\%$) a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző fél éven belül legalább két mérés alapján fenntartható volt. (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.)
- 18 év alatti beteg esetében a gyógyszer alkalmazása egy év után csak akkor folytatható, amennyiben a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző hat hónapban mért HbA_{1c} értékek átlaga legalább 2,0% ponttal alacsonyabb a korábbi humán inzulinnal végzett intenzív-konzervatív kezeléshez képest, vagy a $HbA_{1c} < 8,0\%$. (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:
 - 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 hypoglikémia jelentkezik.
 - legalább egy évig az EÜ50 6/d. pont alapján kezelt cukorbeteg részére, amennyiben a megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartás ($HbA_{1c} < 8,0\%$) a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző fél éven belül legalább két mérés alapján fenntartható volt.
- 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 6 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)	5x3ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/00/134/033
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3ml	EU/1/00/134/006
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN (OPTICLIK)	5x3ml	EU/1/00/134/025
- LEVEMIR 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	10x3 ml	EU/1/04/278/003

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

EÜ100 4.**Támogatott indikációk:**

- Myasthenia gravis

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekeurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MESTINON 60 MG DRAZSÉ	150x üvegben (barna)	OGYI-T-00517/02
- MYTELASE 10 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-00559/02
- MYTELASE 10 MG TABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-00559/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G70**EÜ100 5.****Támogatott indikációk:**

- Tetanusz profilaxis dokumentáltan szükséges eseteiben

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Háziorvos	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TETANOL PUR SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-09451/01
- TETANOL PUR SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-09451/02
- TETIG 500 NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x5ml ampulla	OGYI-T-09471/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): Z298**EÜ100 6/a.****Támogatott indikációk:**

- Házi oxigénellátásban részesülő beteg részére - dokumentáltan szükséges esetben, a beteg részére történő betanítással és átadással

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
-----------	---------------	-------------

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő és gyermek kardiológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Kardiológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 24 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- OXYGENIUM (GÁZ) 20 L 200 BAR	4 m3	Ph. Hg. VIII.

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): J95, J96, J98, J99**EÜ100 6/b.****Támogatott indikációk:**

- Regionális szakfőorvos engedélyével tartós házi oxigénellátásban részesülő beteg részére, akinek életvitelében dokumentáltan jelentős javulást eredményez az oxigéngázhoz képest - a beteg részére történő betanítással és átadással

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javasolhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- OXYGENIUM (CSEPPFOLYÓS) FREELOX (32 L)	1 töltés	Ph. Hg. VIII.
- OXYGENIUM (CSEPPFOLYÓS) HEIMOX (36 L)	1 töltés	Ph. Hg. VIII.
- OXYGENIUM (CSEPPFOLYÓS) LIBERATOR (30 L)	1 töltés	Ph. Hg. VIII.

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): J95, J96, J98, J99**vált. EÜ100 7/a.****Támogatott indikációk:**

- Transzplantált beteg részére az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Csecsemő és gyermek kardiológia	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Gyermekegyesület	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Gyermekegyesület	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Gyermekegyesület	javasolhat és írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Kardiológia	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Mellkassebészet	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Nephrológia	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Sebészet	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Szívsebészet	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Belgyógyászat	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Gastroenterológia	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Gyermekebészet	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Haematológia	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Kardiológia	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Nephrológia	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Sebészet	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Szívsebészet	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Tüdőgyógyászat	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ADVAGRAF 0,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	50x	EU/1/07/387/002
- ADVAGRAF 1 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	60x	EU/1/07/387/005
- ADVAGRAF 3 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	50x	EU/1/07/387/012
- ADVAGRAF 5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	50x	EU/1/07/387/008
- AZATHIOPRIN EBEWE 100 MG FILMTABLETTA	50x tartályban	OGYI-T-20277/05
- AZATHIOPRIN EBEWE 50 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20277/02
- AZATHIOPRIN EBEWE 75 MG FILMTABLETTA	100x tartályban	OGYI-T-20277/04
- CELLCEPT 250 MG KAPSZULA	100x	EU/1/96/005/001
- CELLCEPT 500 MG TABLETTA	50x	EU/1/96/005/002
- CERTICAN 0,25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-09961/06
- CERTICAN 0,5 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-09961/01
- CERTICAN 0,75 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-09961/03
- IMURAN 25 MG FILMTABLETTA	100x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-00665/02
- IMURAN 50 MG FILMTABLETTA	100x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-00665/01
- MEDROL 100 MG TABLETTA	20x barna üvegpalackban	OGYI-T-00907/05
- MEDROL 16 MG TABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-00907/03
- MEDROL 32 MG TABLETTA	20x üvegben	OGYI-T-00907/04
- MEDROL 4 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-00907/02
- METYPRED 16 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-01879/04
- METYPRED 4 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-01153/03
- MYCOPHENOLATE MOFETIL ACTAVIS 500 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-20995/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MYCOPHENOLATE MOFETIL MEDICO UNO 500 MG FILMTABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20866/01
- MYFENAX 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	EU/1/07/438/001
- MYFENAX 500 MG FILMTABLETTA	50x	EU/1/07/438/003
- MYFORTIC 180 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	120x buboréksomagolásban	OGYI-T-10075/02
- MYFORTIC 360 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	120x buboréksomagolásban	OGYI-T-10075/01
- PROGRAF 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08681/01
- PROGRAF 1 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07280/01
- PROGRAF 5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07281/01
- RAPAMUNE 0,5 MG BEVONT TABLETTA	100x buboréksomagolásban	EU/1/01/171/014
- RAPAMUNE 1 MG BEVONT TABLETTA	100x buboréksomagolásban	EU/1/01/171/008
- RAPAMUNE 1 MG BEVONT TABLETTA	30x buboréksomagolásban	EU/1/01/171/007
- RAPAMUNE 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x60ml +30 adagolófecskendő+1 fecskendő adapter+1 carryng case	EU/1/01/171/001
- RAPAMUNE 2 MG BEVONT TABLETTA	100x buboréksomagolásban	EU/1/01/171/010
- RAPAMUNE 2 MG BEVONT TABLETTA	30x buboréksomagolásban	EU/1/01/171/009
- SANDIMMUN NEORAL 10 MG LÁGY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/02
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/05
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x50ml üvegben	OGYI-T-04200/01
- SANDIMMUN NEORAL 25 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/03
- SANDIMMUN NEORAL 50 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/04
- TACNI 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21569/01
- TACNI 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-21569/02
- TACNI 1 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21569/03
- TACNI 1 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21569/04
- TACNI 5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21569/05
- TACNI 5 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-21569/06
- TACROLIMUS SANDOZ 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21659/02
- TACROLIMUS SANDOZ 1,0 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21659/05
- TACROLIMUS SANDOZ 1,0 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21659/06
- TACROLIMUS SANDOZ 5,0 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21659/08
- TACROLIMUS SANDOZ 5,0 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-21659/09

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): Z940, Z941, Z942, Z944, Z948

EÜ100 7/b.**Támogatott indikációk:**

- Szerv transzplantáción átesett betegek részére CMV betegség megelőzésére fenyegető rejectio (GVH) esetén
- CMV retinitis indukciós és fenntartó kezelésére szerzett immunhiányos állapotban (AIDS-ben)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény szakorvosa	Illetékes szakorvos	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- VALCYTE 450 MG FILMTABLETTA	60x hdpe tartályban	OGYI-T-09016/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): B2020, Z940, Z941, Z942, Z944, Z948

EÜ100 8/a1.**Támogatott indikációk:**

- Rosszindulatú daganatos betegség miatt végzett kemoterápia/irradiáció során fellépő súlyos lázas neutropénia esetén, vagy olyan esetben, ha a lázas neutropénia kockázata a 20%-ot meghaladja
- Perifériás őssejt gyűjtés esetén
- Csontvelő átültetésben részesülő betegek, akik hosszan tartó, súlyos neutropeniának lehetnek kitéve

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Fekvőbeteg gyógyintézeti háttérrel rendelkező	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakr. gyógyintézeti háttérrel rendelkező	Klinikai onkológia	írhat
Fekvőbeteg gyógyintézeti háttérrel rendelkező	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NIVESTIM 12 MILLIÓ EGYSÉG (120 MIKROGRAMM/0,2 ML) OLDATOS INJEKCIÓ/INFÚZIÓ	5x0,2ml előretöltött fecskendőben	EU/1/10/631/002
- NIVESTIM 30 MILLIÓ EGYSÉG (300 MIKROGRAMM/0,5 ML) OLDATOS INJEKCIÓ/INFÚZIÓ	5x0,5ml előretöltött fecskendőben	EU/1/10/631/005
- NIVESTIM 48 MILLIÓ EGYSÉG (480 MIKROGRAMM/0,5 ML) OLDATOS INJEKCIÓ/INFÚZIÓ	5x0,5ml előretöltött fecskendőben	EU/1/10/631/008
- RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	EU/1/08/444/001
- RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel	EU/1/08/444/009
- RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x0,5ml előretöltött fecskendőben	EU/1/08/444/002

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x0,5ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel	EU/1/08/444/010
- RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,8ml előretöltött fecskendőben	EU/1/08/444/005
- RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,8ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel	EU/1/08/444/011
- RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x0,8ml előretöltött fecskendőben	EU/1/08/444/006
- RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x0,8ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel	EU/1/08/444/012
- TEVAGRASTIM 30 MILLIÓ NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben biztonsági tűvédővel	EU/1/08/445/009
- TEVAGRASTIM 48 MILLIÓ NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,8ml előretöltött fecskendőben biztonsági tűvédővel	EU/1/08/445/012
- ZARZIO 30 MILLIÓ E/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	5x0,5ml előretöltött fecskendőben	EU/1/08/495/003
- ZARZIO 48 MILLIÓ E/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	5x0,5ml előretöltött fecskendőben	EU/1/08/495/007

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): R72

EÜ100 8/a2.

Támogatott indikációk:

- Kizárólag szekunder profilaxisban, amennyiben a megelőző kemoterápiás ciklusban grade 3-4-es fokozatú neutropéniához társulóan az alábbiak közül valamelyik neutropéniás komplikáció következett be:
 - neutropénia miatti antibiotikus vagy antimikotikus kezelés;
 - neutropénia miatti hospitalizáció;
 - neutropénia miatti dózishalasztás vagy dóziscsökkentés;
 - febrilis neutropénia.

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

Munkahely	Szakképesítés			Jogosultság
Fekvőbeteg gyógyintézeti járóbeteg szakr.	háttérrel	rendelkező	Haematológia	írhat
Fekvőbeteg gyógyintézeti járóbeteg szakr.	háttérrel	rendelkező	Klinikai onkológia	írhat
Fekvőbeteg gyógyintézeti járóbeteg szakr.	háttérrel	rendelkező	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NEULASTA 6 MG OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben (buborékfólia nélkül)	EU/1/02/227/002
- NEULASTA 6 MG OLDATOS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben tűvédővel	EU/1/02/227/004

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): R72

EÜ100 8/b1.**Támogatott indikációk:**

- Rosszindulatú daganatos betegek fájdalomcsillapítása, WHO szerint I. fájdalomcsillapító lépcsőbe tartozó szerként, az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ALGOPYRIN 1 G/2 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x2ml	OGYI-T-07845/03
- ALGOZONE 500 MG TABLETTA	10x	OGYI-T-10239/01
- ALGOZONE 500 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-10239/02
- DEMALGON TABLETTA	10x	OGYI-T-00693/01
- OPTALGIN 500 MG TABLETTA	10x	OGYI-T-22029/01
- PANALGORIN 500 MG TABLETTA	1x10	OGYI-T-04536/01
- PANALGORIN 500 MG TABLETTA	2x10	OGYI-T-04536/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C, R521, R5290

EÜ100 8/b2.**Támogatott indikációk:**

- Rosszindulatú daganatos betegek fájdalomcsillapítása, WHO szerint II. fájdalomcsillapító lépcsőbe tartozó szerként, az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ADAMON 100 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	10x	OGYI-T-06970/04
- ADAMON 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	10x	OGYI-T-06970/07
- ADAMON 50 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-06970/02
- CONTRAMAL 100 MG RETARD FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-04975/07
- CONTRAMAL 100 MG VÉGBÉLKÚP	5x	OGYI-T-04975/06
- CONTRAMAL 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x10ml üvegben	OGYI-T-04975/04
- CONTRAMAL 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK ADAGOLÓPUMPÁVAL	1x96ml üvegben	OGYI-T-04975/05

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CONTRAMAL 150 MG RETARD FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-04975/09
- CONTRAMAL 200 MG RETARD FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-04975/11
- CONTRAMAL 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-04975/02
- CONTRAMAL 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1ml	OGYI-T-04975/13
- CONTRAMAL 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x2ml	OGYI-T-04975/03
- DHC CONTINUS 60 MG RETARD TABLETTA	20x	OGYI-T-01635/01
- DHC CONTINUS 60 MG RETARD TABLETTA	56x	OGYI-T-01635/02
- HYDROCODIN 10 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-11596/01
- RALGEN SR 100 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20310/03
- RALGEN SR 100 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20310/04
- RALGEN SR 150 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20310/07
- RALGEN SR 150 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20310/08
- RALGEN SR 200 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20310/11
- RALGEN SR 200 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20310/12
- RALGEN 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-20310/15
- TRAMADOL ACTAVIS 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x10ml üvegben	OGYI-T-07724/01
- TRAMADOL ACTAVIS 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-07724/06
- TRAMADOL ACTAVIS 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07724/07
- TRAMADOL ACTAVIS 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1ml ampulla	OGYI-T-07724/03
- TRAMADOL ACTAVIS 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x2ml ampulla	OGYI-T-07724/04
- TRAMADOLOR 100 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-08179/01
- TRAMADOLOR 100 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-08179/02
- TRAMADOLOR 150 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-08179/08
- TRAMADOLOR 150 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-08179/09
- TRAMADOLOR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-08179/05
- TRAMADOLOR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-08179/06
- TRAMADOLOR 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-08179/07
- TRAMADOLOR 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-08179/03
- TRAMALGIC 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-06565/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C, R520, R522

EÜ100 8/b3.**Támogatott indikációk:**

- Rosszindulatú daganatos betegek fájdalomcsillapítása, WHO szerint III. fájdalomcsillapító lépcsőbe tartozó szerként, az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CODOXY 10 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21706/06
- CODOXY 20 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21706/10
- CODOXY 5 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21706/02
- DEPRIDOL TABLETTA	10x pp tartályban	OGYI-T-02826/01
- DOLARGAN OLDATOS INJEKCIÓ	5x2ml ampulla	OGYI-T-12707/01
- DOLFORIN 100 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20594/11
- DOLFORIN 100 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20594/10
- DOLFORIN 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20594/02
- DOLFORIN 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20594/01
- DOLFORIN 50 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20594/05
- DOLFORIN 50 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20594/04
- DOLFORIN 75 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20594/08
- DOLFORIN 75 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20594/07
- DUROGESIC 100 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-04530/04
- DUROGESIC 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-04530/01
- DUROGESIC 50 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-04530/02
- DUROGESIC 75 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-04530/03
- FENTANYL SANDOZ MAT 100 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20155/09
- FENTANYL SANDOZ MAT 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20155/03
- FENTANYL SANDOZ MAT 50 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20155/05
- FENTANYL SANDOZ MAT 75 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20155/07
- FENTANYL-RATIOPHARM 100 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20282/04
- FENTANYL-RATIOPHARM 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20282/01
- FENTANYL-RATIOPHARM 50 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20282/02
- FENTANYL-RATIOPHARM 75 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20282/03
- FENTANYL-ZENTIVA 100 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20373/14
- FENTANYL-ZENTIVA 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20373/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FENTANYL-ZENTIVA 50 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20373/06
- FENTANYL-ZENTIVA 75 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20373/10
- JURNISTA 16 MG RETARD TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-20162/20
- JURNISTA 32 MG RETARD TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-20162/30
- JURNISTA 32 MG RETARD TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20162/32
- JURNISTA 64 MG RETARD TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-20162/40
- JURNISTA 64 MG RETARD TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20162/42
- JURNISTA 8 MG RETARD TABLETTA	14x buboréksomagolásban	OGYI-T-20162/10
- MATRIFEN 100 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20288/43
- MATRIFEN 100 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20288/41
- MATRIFEN 12 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20288/07
- MATRIFEN 12 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20288/05
- MATRIFEN 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20288/16
- MATRIFEN 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20288/14
- MATRIFEN 50 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20288/25
- MATRIFEN 50 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20288/23
- MATRIFEN 75 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-20288/34
- MATRIFEN 75 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-20288/32
- M-ESLON 100 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-02314/02
- M-ESLON 30 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-02312/02
- M-ESLON 60 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-02313/02
- MORPHINUM HYDROCHLORICUM TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1 ml ampulla	OGYI-T-12716/01
- MORPHINUM HYDROCHLORICUM TEVA 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1 ml	OGYI-T-12716/03
- MST CONTINUS 10 MG RETARD FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-02187/01
- MST CONTINUS 100 MG RETARD FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-02187/05
- MST CONTINUS 30 MG RETARD FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-02187/03
- MST CONTINUS 60 MG RETARD FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-02187/04
- OXYCONTIN 10 MG RETARD FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07166/03
- OXYCONTIN 20 MG RETARD FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07166/04
- OXYCONTIN 40 MG RETARD FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07166/05
- OXYCONTIN 80 MG RETARD FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07166/06
- TRANSTEC 35 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-08943/03
- TRANSTEC 35 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-08943/02
- TRANSTEC 52,5 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x tasakban	OGYI-T-08944/03
- TRANSTEC 52,5 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-08944/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TRANSTEC 70 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x tasakban	OGYI-T-08945/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C, R520, R521

EÜ100 8/c.

Támogatott indikációk:

- Rosszindulatú daganatos betegségek, az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AZATHIOPRIN EBEWE 100 MG FILMTABLETTA	50x tartályban	OGYI-T-20277/05
- AZATHIOPRIN EBEWE 50 MG FILMTABLETTA	100x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-20277/02
- AZATHIOPRIN EBEWE 75 MG FILMTABLETTA	100x tartályban	OGYI-T-20277/04
- CALCIUMFOLINAT EBEWE 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x30ml injekciós üvegben	OGYI-T-01493/04
- CALCIUMFOLINAT EBEWE 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x50ml injekciós üvegben	OGYI-T-01493/05
- CALCIUMFOLINAT EBEWE 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x10ml ampulla	OGYI-T-01493/03
- CALCIUMFOLINAT EBEWE 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x3ml ampulla	OGYI-T-01493/02
- CALCIUMFOLINAT EBEWE 15 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-01496/01
- CALCO 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1ml ampulla	OGYI-T-04142/02
- DEPO-MEDROL 40 MG/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x1 ml	OGYI-T-06384/01
- EGIFERON 3X10 ⁶ NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x porampulla+oldószerampulla	OGYI-T-03892/01
új - ESTRACYT 140 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x üvegben	OGYI-T-00817/02
- FTORAFUR 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-01001/01
- IMURAN 25 MG FILMTABLETTA	100x átlátszatlan fehér buborékcsoomagolásban	OGYI-T-00665/02
- IMURAN 50 MG FILMTABLETTA	100x átlátszatlan fehér buborékcsoomagolásban	OGYI-T-00665/01
- INTRONA 18 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +12 injekciós tű és 12 törlőkendő	EU/1/99/127/031
- INTRONA 30 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +12 injekciós tű és 12 törlőkendő	EU/1/99/127/034
- INTRONA 60 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +12 injekciós tű és 12 törlőkendő	EU/1/99/127/037
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x10ml injekciós üvegben	OGYI-T-05072/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x20ml injekciós üvegben	OGYI-T-05072/05
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x30ml injekciós üvegben	OGYI-T-05072/07
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x5ml injekciós üvegben	OGYI-T-05072/01
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x50ml injekciós üvegben	OGYI-T-05072/09
- LITALIR 500 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x üvegben	OGYI-T-01878/01
- LUCRIN PDS DEPOT 11,25 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-10040/02
- LUCRIN PDS DEPOT 3,75 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-10040/01
- MEDROL 100 MG TABLETTA	20x barna üvegpalackban	OGYI-T-00907/05
- MEDROL 16 MG TABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-00907/03
- MEDROL 32 MG TABLETTA	20x üvegben	OGYI-T-00907/04
- MEDROL 4 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-00907/02
- METILPREDNIZOLON-TEVA 1000 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x1423,8mg üvegben	OGYI-T-07862/05
- METILPREDNIZOLON-TEVA 125 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x178,6mg üvegben	OGYI-T-07862/03
- METILPREDNIZOLON-TEVA 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x106mg üvegben	OGYI-T-07862/01
- METILPREDNIZOLON-TEVA 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x106mg üvegben	OGYI-T-07862/06
- METILPREDNIZOLON-TEVA 500 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x714,4mg üvegben	OGYI-T-07862/04
- METYPRED 16 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-01879/04
- METYPRED 16 MG TABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-01879/03
- METYPRED 4 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-01153/03
- MULTIFERON 3 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-21010/01
- PREDNISOLON-RICHTER 5 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-03091/03
- PREDNISOLON-RICHTER 5 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-03091/01
- PROVERA 100 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-01242/01
- PROVERA 500 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-01242/02
- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/01
- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	12x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/03
- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/04
- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	12x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/06
- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/07
- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	12x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/09
- SANDOSTATIN LAR 10 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x porüveg +1 oldószer előretöltött fecskendőben+2 tű	OGYI-T-01723/03
- SANDOSTATIN LAR 20 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x porüveg +1 oldószer fecskendőben+2 tű	OGYI-T-01723/04
- SANDOSTATIN LAR 30 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x porüveg +1 oldószer fecskendőben+2 tű	OGYI-T-01723/05
- SANDOSTATIN 0,1 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml ampulla	OGYI-T-01723/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- SANDOSTATIN 0,2 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x5 ml injekciós üvegben	OGYI-T-01723/02
- SOLU-MEDROL 1000 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x porüveg	OGYI-T-02245/05
- SOLU-MEDROL 125 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x kétrekeszes injekciós üveg	OGYI-T-02245/02
- SOLU-MEDROL 40 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x kétrekeszes injekciós üveg	OGYI-T-02245/01
- SOLU-MEDROL 500 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x injekciós üvegben	OGYI-T-02245/04
- SOMATULINE AUTOGEL 120 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-09807/03
- SOMATULINE AUTOGEL 60 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-09807/01
- SOMATULINE AUTOGEL 90 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-09807/02
- SOMATULINE P.R. 30 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS RETARD INJEKCIÓHOZ	1x porampulla+oldószerampulla	OGYI-T-06867/01
- ZAVEDOS 10 MG KAPSZULA	1x üvegben	OGYI-T-05125/02
- ZAVEDOS 25 MG KAPSZULA	1x üvegben	OGYI-T-05125/03
- ZAVEDOS 5 MG KAPSZULA	1x üvegben	OGYI-T-05125/01
- ZITAZONIUM 10 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-03567/01
- ZOLADEX DEPOT 3,6 MG IMPLANTÁTUM ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-01976/01

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

EÜ100 8/d1.

Támogatott indikációk:

- Malignus tumor következtében fellépő osteolitikus vagy kevert csontmetasztázisok
- Myeloma multiplex ossealis manifestációi
- Tumoros hypercalcaemia

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AREDIA 30 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INFÚZIÓHOZ	2x porampulla+oldószerampulla	OGYI-T-05759/01
- BONEFOS 60 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	5x5 ml ampulla	OGYI-T-02027/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PAMIDRONATE HOSPIRA 3 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x10ml injekciós üvegben	OGYI-T-10313/02
- PAMIDRONATE HOSPIRA 9 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x10 ml injekciós üvegben	OGYI-T-10313/04
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x2ml ampulla	OGYI-T-08332/01
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x4ml ampulla	OGYI-T-08332/03
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x4ml ampulla (pe)	OGYI-T-08332/04
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x6ml ampulla	OGYI-T-08332/05
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x6ml ampulla (pe)	OGYI-T-08332/06

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C795, C90

EÜ100 8/d2.

Támogatott indikációk:

- Malignus tumor következtében fellépő csontmetasztázisok
- Myeloma multiplex ossealis manifestációi
- Tumoros hypercalcaemia

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ZOMETA 4 MG/100 ML OLDATOS INFÚZIÓ	1x palackban	EU/1/01/176/007
- ZOMETA 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x injekciós üvegben	EU/1/01/176/004

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C795, C90

EÜ100 8/e.

Támogatott indikációk:

- Szövettanilag igazolt emlőrák csontáttekkel
- Tumoros hypercalcaemia

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
-----------	---------------	-------------

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BONDONAT 50 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/96/012/009
- BONDONAT 6 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x6 ml	EU/1/96/012/011
- BONESSA 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21879/01
- BONESSA 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	
- BONESSA 50 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-21879/03
- BONESSA 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	
- BONESSA 6 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x injekciós üvegben	OGYI-T-21879/05
- HOLMEVIS 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-21918/01
- HOLMEVIS 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	
- HOLMEVIS 50 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-21918/03
- HOLMEVIS 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	
- HOLMEVIS 6 MG/6 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x6ml ampulla	OGYI-T-21918/06
- IBANDRONSAV ACTAVIS 6 MG/6 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x injekciós üvegben	OGYI-T-22103/05
- IBANDRONSAV SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/11/685/004
- IBANDRONSAV SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	
- IBANDRONSAV SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA	84x	EU/1/11/685/005
- IBANDRONSAV SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	
- IBANDRONSAV SANDOZ 6 MG/6 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x2ml ampulla	OGYI-T-21489/04
- IBANDRONSAV TEVA 6 MG/6 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x injekciós üvegben	OGYI-T-22131/02
- IBANDRONSAV-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-21768/02
- IBANDRONSAV-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban (opa/al/pvc//al)	
- IBANDRONSAV-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-21768/04
- IBANDRONSAV-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban (opa/al/pvc//al)	
- OSBONELLE 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-21578/01
- OSBONELLE 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	
- OSBONELLE 50 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-21578/09
- OSBONELLE 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	
- OSSICA 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-21128/01
- OSSICA 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	
- OSSICA 50 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-21128/02
- OSSICA 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban	
- OSSICA 6 MG/6 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x injekciós üvegben (i-es típusú)	OGYI-T-21128/06
- PHACEBONATE 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21750/01
- PHACEBONATE 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	
- PHACEBONATE 50 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-21750/03
- PHACEBONATE 50 MG FILMTABLETTA	buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C509, C795

EÜ100 8/f.**Támogatott indikációk:**

- A 8. d) 1., 8. d) 2. és 8) e. pont alatti infúziós kezelések hatásának fenntartására vagy önálló terápiaként - ha a betegnél nem szükséges parenterális biszfoszfonát kezelés, akkor anélkül is

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BONEFOS 800 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-02027/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C509, C795, C90

EÜ100 8/g1.**Támogatott indikációk:**

- Hyperprolactinaemia
- Infertilitás
- Acromegalia
- Galaktorrhoea
- Prolactinoma

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Andrológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szülészeti-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BROMOCRIPTIN-RICHTER 2,5 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-03720/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D352, E220, E2210, N64, N97

EÜ100 8/g2.**Támogatott indikációk:**

- A 8. g) 1. pont szerinti esetekben, dokumentált bromocriptin rezisztencia, illetve intolerancia esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Andrológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szülészeti-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- NORPROLAC 150 MIKROGRAMM TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04871/03
- NORPROLAC 25 MIKROGRAMM TABLETTA ÉS 50 MIKROGRAMM TABLETTA	3x buboréksomagolásban (25 mcg + 50 mcg)	OGYI-T-04871/01
- NORPROLAC 75 MIKROGRAMM TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-04871/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D352, E220, E2210, N64, N97**EÜ100 8/h.****Támogatott indikációk:**

- Szervre lokalizált prosztatatarák sugárkezelésekor
 - a) közepes kockázat esetén neoadjuváns/konkomittáns/adjuváns formában 3 hó - maximum 6 hónap,
 - b) magas kockázat esetén neoadjuváns/konkomittáns/adjuváns formában 3 hó - maximum 3 évig;
- Lokálisan előrehaladott prosztatatarák kezelésekor kiemelten magas rizikójú prosztatatarák esetén:
 - a) ha a beteg alkalmatlan sebészeti vagy sugárkezelésre,
 - b) sebészeti kezelést megelőzően neoadjuvánsként maximum 3 hónapig,
 - c) sugárkezeléskor neoadjuváns/konkomittáns/adjuváns formában 3 hó - maximum 3 évig;
- Bármely kockázat esetén nyirokcsomó pozitivitáskor (N+)
- Metasztatikus prosztatatarákban szenvedő betegeknél
- Kuratív kezelés után fellépő progresszió esetén
- androgen deprivációs hormonterápiaként, maximum 1 hónapos bevezető antiandrogén kezelés mellett, onkoteam (urológus, klinikai onkológus, sugárterápiás szakorvos) dokumentált javaslata alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugárterápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- DECAPEPTYL DEPOT POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x porampulla	OGYI-T-05310/01
- DIPHERELINE SR 11,25 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x porampulla+oldószerampulla 1 porampulla+1 oldószer ampulla+szerelék	OGYI-T-09082/01
- DIPHERELINE SR 3,75 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x porampulla+oldószerampulla	OGYI-T-08169/01
- ELIGARD 22,5 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x tálcás csomagolásban	OGYI-T-10010/03
- ELIGARD 22,5 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x tasakban	OGYI-T-10010/01
- ELIGARD 45 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x tálcás csomagolásban	OGYI-T-10010/07
- ELIGARD 7,5 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x tálcás csomagolásban	OGYI-T-10009/03
- ELIGARD 7,5 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x tasakban	OGYI-T-10009/01
- LEUPRORELIN SANDOZ 3,6 MG IMPLANTÁTUM	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-21283/01
- LEUPRORELIN SANDOZ 5 MG IMPLANTÁTUM	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-21283/02
- LUCRIN PDS DEPOT 11,25 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-10040/02
- LUCRIN PDS DEPOT 3,75 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-10040/01
- SUPREFACT DEPOT 2 HÓNAP IMPLANTÁTUM	1x1 implantátum (2 rudacska) +1 injekciós applikátor eszközben	OGYI-T-04400/01
- SUPREFACT DEPOT 3 HÓNAP IMPLANTÁTUM	1x1 implantátum (3 rudacska) + 1 injekciós applikátor eszközben	OGYI-T-04400/02
- SUPREFACT OLDATOS INJEKCIÓ	2x5,5ml injekciós üvegben	OGYI-T-04400/03
- SUPREFACT OLDATOS ORRSPRAY	1x üvegben	OGYI-T-04400/04
- VANTAS 50 MG IMPLANTÁTUM	1x injekciós üvegben	OGYI-T-21418/01
- ZOLADAX DEPOT 10,8 MG IMPLANTÁTUM ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-01976/02
- ZOLADAX DEPOT 3,6 MG IMPLANTÁTUM ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-01976/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C61

EÜ100 8/i1.

Támogatott indikációk:

- Tamoxifen kezelés után kialakult relapsus vagy tamoxifen intolerancia esetén dokumentált hormonreceptor pozitív emlődagyanatos, postmenopauzában levő betegek kezelése

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ANABREST 1 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-20474/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ANABREST 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20474/02
- ANAMATAZ 1 MG FILMTABLETTA	28x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-20529/01
- ANAROMAT 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20606/01
- ANAROMAT 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20606/05
- ANASTROZOL KABI 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-22144/02
- ANASTROZOL KABI 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-22144/04
- ANASTROZOL +PHARMA 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21145/01
- ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20455/01
- ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-20455/03
- ANASTROZOL STADA 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20989/02
- ANASTROZOL WINTHROP 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20453/01
- ANASTROZOL WINTHROP 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20453/03
- ANASTROZOLE ACCORD 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21522/05
- ANASTROZOLE ACCORD 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-21522/10
- ANASTROZOLE BLUEFISH 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (pvc/al)	OGYI-T-21327/01
- ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20672/01
- ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20672/02
- ANASTROZOLE-GENERICS (UK) 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20548/01
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20469/01
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20469/03
- ARILLA 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20534/01
- ARILLA 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20534/03
- ARIMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-05682/01
- ARIMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-05682/02
- AROMASIN 25 MG BEVONT TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-07356/01
- ATROCELA 1 MG FILMTABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-22075/06
- AXASTROL 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20687/02
- ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20736/02
- EXEMESTAN TEVA 25 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban (pvc/pvdc-al)	OGYI-T-21285/01
új - EXEMESTANE MEDICO UNO 25 MG FILMTABLETTA	3x30 buboréksomagolásban (pvc/pvdc-al)	OGYI-T-21310/07

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EXEMESTANE MEDICO UNO 25 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban (pvc/pvdc-al)	OGYI-T-21310/03
- EXEMESTANE MEDICO UNO 25 MG FILMTABLETTA	90x buborékcsomagolásban (pvc/pvdc-al)	OGYI-T-21310/04
- EXEMESTANE PHARMACENTER 25 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21406/01
- EXEMESTANE PHARMACENTER 25 MG FILMTABLETTA	90x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21406/02
- EXEMIN 25 MG FILMTABLETTA	30x barna üvegpalackban (pvc/pvdc-al)	OGYI-T-21407/02
- EXEMIN 25 MG FILMTABLETTA	90x buborékcsomagolásban (pvc/pvdc-al)	OGYI-T-21407/04
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20836/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20836/04
- FARESTON 60 MG TABLETTA	100x	EU/1/96/004/002
- FARESTON 60 MG TABLETTA	30x	EU/1/96/004/001
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05712/02
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05712/01
- LETROMATAZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20762/01
- LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21587/02
- LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21587/01
- LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21025/01
- LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21025/03
- LETROZOL KABI 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21838/08
- LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20795/02
- LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20795/04
- LETROZOLE BLUEFISH 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21241/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20806/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	84x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20806/07
- LETROZOLE MYLAN 2,5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20827/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20704/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20704/02
- LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21250/02
- LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21250/01
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20888/02
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20888/01
- MASTOREN 1 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20630/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MEXEZON 25 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21426/01
- MEXEZON 25 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-21426/03
- NOBREC 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20632/02
- NOBREC 1 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-20632/05
- PICOZONE 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20893/01
- VALMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20659/02
- VALMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-20659/05

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C509

EÜ100 8/i2.

Támogatott indikációk:

- Postmenopauzában lévő, hormonreceptor pozitív korai emlőrákos beteg adjuváns kezelése

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ANABREST 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20474/01
- ANABREST 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20474/02
- ANAMATAZ 1 MG FILMTABLETTA	28x átlátszó buboréksomagolásban	OGYI-T-20529/01
- ANAROMAT 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20606/01
- ANAROMAT 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20606/05
- ANASTROZOL KABI 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-22144/02
- ANASTROZOL KABI 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-22144/04
- ANASTROZOL +PHARMA 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21145/01
- ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20455/01
- ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-20455/03
- ANASTROZOL STADA 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20989/02
- ANASTROZOL WINTHROP 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20453/01
- ANASTROZOL WINTHROP 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20453/03
- ANASTROZOLE ACCORD 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21522/05

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ANASTROZOLE ACCORD 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-21522/10
- ANASTROZOLE BLUEFISH 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (pvc/al)	OGYI-T-21327/01
- ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20672/01
- ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20672/02
- ANASTROZOLE-GENERIC (UK) 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20548/01
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20469/01
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20469/03
- ARILLA 1 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20534/01
- ARILLA 1 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20534/03
- ARIMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-05682/01
- ARIMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-05682/02
- ATROCELA 1 MG FILMTABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-22075/06
- ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20736/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20836/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20836/04
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05712/02
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05712/01
- LETROMATAZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20762/01
- LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-21587/02
- LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21587/01
- LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21025/01
- LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-21025/03
- LETROZOL KABI 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-21838/08
- LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20795/02
- LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20795/04
- LETROZOLE BLUEFISH 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21241/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20806/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-20806/07
- LETROZOLE MYLAN 2,5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20827/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20704/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20704/02
- LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-21250/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21250/01
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20888/02
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20888/01
- NOBREC 1 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20632/02
- NOBREC 1 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-20632/05
- PICOZONE 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20893/01
- TAMOXIFEN-TEVA 10 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05039/01
- TAMOXIFEN-TEVA 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05039/02
- ZITAZONIUM 10 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-03567/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C509

EÜ100 8/i3.

Támogatott indikációk:

- Postmenopauzában lévő, hormonreceptor pozitív korai emlőrákos beteg adjuváns kezelése standard tamoxifen terápiát követő szekvenciális kezelésként

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20736/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20836/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20836/04
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-05712/02
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05712/01
- LETROMATAZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20762/01
- LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-21587/02
- LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21587/01
- LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21025/01
- LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-21025/03
- LETROZOL KABI 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-21838/08
- LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20795/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20795/04
- LETROZOLE BLUEFISH 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21241/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20806/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-20806/07
- LETROZOLE MYLAN 2,5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20827/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20704/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20704/02
- LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-21250/02
- LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21250/01
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20888/02
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20888/01
- PICOZONE 2,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20893/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C509

EÜ100 8/i4.

Támogatott indikációk:

- Lokálisan, lokoregionálisan előrehaladott vagy metasztatikus, hormonreceptor pozitív emlőrákban, tamoxifen és aromatase-gátló - vagy ha a beteg korábban tamoxifent nem kapott, aromatase-gátló - kezelés után bekövetkező progresszió (elváltozások méretének 25%-os növekedése, vagy új góccok megjelenése) esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FASLODEX 250 MG OLDATOS INJEKCIÓ	1x5 ml	EU/1/03/269/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C509

EÜ100 8/j.

Támogatott indikációk:

- Fej-nyaki területen rosszindulatú daganatok miatt végzett sugárkezeléshez csatlakozó xerostomia kezelése

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Arc-állcsont-szájsebészet	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Fül-orr-gégegyógyászat	javasolhat és írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Klinikai onkológia	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Sugártherápia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- SALAGEN 5 MG FILMTABLETTA	84x buboréksomagolásban	OGYI-T-09137/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14, R682

vált. EÜ100 8/k.

Támogatott indikációk:

- Az alapbetegséggel összefüggő, tünetekkel járó, lokálisan előrehaladott hormondependens prosztatarák kezelésére antiandrogennel
 - a) maximum 1 hónapos bevezető terápiaként LHRH-analóg mellett, vagy
 - b) metasztázis nélküli (M0) betegek esetén szekunder hormonkezelés céljából monoterápiaként emelt dózisban;
- Áttétes hormondependens prosztatarák kezelésére antiandrogennel maximum 1 hónapos bevezető terápiaként LHRH-analóg mellett;
- Addicionális hormonmanipuláció céljából antiandrogennel azon betegeknél, akiknél az adekvát szérum tesztoszteron-csökkenést (<50 ng/dl vagy 1,7 nmol/l) nem lehetett elérni gyógyszeres vagy sebészi kasztráció által;
- onkoteam (urológus, klinikai onkológus, sugárterápiás szakorvos) dokumentált javaslata alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
új - ANANDRON 150 MG TABLETTA	30x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-04401/02
új - ANANDRON 50 MG TABLETTA	90x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-04401/01
új - ANDROCUR 100 MG TABLETTA	1x60 buboréksomagolásban	OGYI-T-01909/04
- BICALUTAMID AMITE 50 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-21533/03
- BICALUTAMID KABI 50 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-22176/03
- BICALUTAMID MENTOR PHARMA 150 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21563/01
- BICALUTAMIDE BLUEFISH 150 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20841/02
- BICALUTAMIDE PHARMACENTER 150 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20589/02
- BICALUTAMIDE PHARMACENTER 150 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20589/04

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BICALUTAMIDE PHARMACENTER 50 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20589/01
- BICALUTAMIDE PHARMACENTER 50 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20589/03
- BICALUTATAM 150 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21425/06
- BICATLON 50 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20296/01
- BICATLON 50 MG FILMTABLETTA	(pvc/al buborékfóliában) 84x buboréksomagolásban	OGYI-T-20296/10
- BILUTAMID 50 MG FILMTABLETTA	(pvc/pvdc/al buborékfóliában) 28x buboréksomagolásban	OGYI-T-10510/01
- BINABIC 150 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20799/03
- BINABIC 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20799/01
- CAPRO 150 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20472/02
- CAPRO 50 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20472/01
- CAPRO 50 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20472/04
új - CYSAXAL 100 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20769/05
új - FLUTAM 250 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-06173/01
új - FLUTAM 250 MG TABLETTA	105x buboréksomagolásban	OGYI-T-06173/03
új - FLUTASIN 250 MG TABLETTA	90x üvegben	OGYI-T-09211/02
új - FUGEREL 250 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-01324/01
- SANOTAMID 150 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20813/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C61

EÜ100 8/I1.

Támogatott indikációk:

- Hólyagtumor alacsony és közepes kockázatú eseteiben az intravesicalis instilláció céljára

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EPIRUBICIN ACCORD 2 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x25ml	OGYI-T-21045/03
- EPIRUBICIN-TEVA 2 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x100 ml injekciós üvegben	OGYI-T-21030/05
- EPIRUBICIN-TEVA 2 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x25 ml injekciós üvegben	OGYI-T-21030/03

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EPIRUBICIN-TEVA 2 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x5 ml injekciós üvegben	OGYI-T-21030/01
- FARMORUBICIN PFS/RTU 10 MG OLDATOS INJEKCIÓ	1x injekciós üvegben	OGYI-T-05108/01
- FARMORUBICIN PFS/RTU 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ	1x injekciós üvegben	OGYI-T-05108/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C679

EÜ100 8/l2.

Támogatott indikációk:

- Hólyagtumor magas kockázatú eseteiben intravesicalis instilláció céljára és in situ carcinomában

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BCG-MEDAC POR ÉS OLDÓSZER INTRAVEZIKÁLIS SZUSZPENZIÓHOZ	1x porampulla +1x50 ml oldószerszák+katéter szereléssel	OGYI-T-09692/02
- IMMUCYST POR INTRAVEZIKÁLIS SZUSZPENZIÓHOZ	1x injekciós üvegben	OGYI-T-09000/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C679

EÜ100 8/n1.

Támogatott indikációk:

- Rosszindulatú daganatos betegségben a daganatellenes kezelés (kemoterápia, sugárkezelés) okozta hányás csillapítása

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ANTIVOM 4 MG FILMTABLETTA	10x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-10326/01
- ANTIVOM 8 MG FILMTABLETTA	10x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-10326/05
- CERUCAL TABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-01047/01
- CERUCAL 5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x2ml ampulla	OGYI-T-01047/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EMETRON 4 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-05632/01
- EMETRON 4 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05632/02
- EMETRON 8 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-05632/03
- EMETRON 8 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-05632/04
- GRANEGIS 1 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-20924/01
- GRANEGIS 2 MG FILMTABLETTA	5x buboréksomagolásban	OGYI-T-20924/02
- GRANISETRON PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-22207/02
- GRANISETRON-ACTAVIS 1 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-20649/06
- ONDAGEN 8 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20165/24
- ONDANSETRON PLIVA 8 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-10160/08
- ONDANSETRON SANDOZ 4 MG FILMTABLETTA	10x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-10591/05
- ONDANSETRON SANDOZ 8 MG FILMTABLETTA	10x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-10591/01
- ONDANSETRON SANDOZ 8 MG FILMTABLETTA	30x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-10591/03
- OROSET 8 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x fóliacsík	OGYI-T-22097/03
- ZOFRAN 16 MG VÉGBÉLKÚP	5x buboréksomagolásban	OGYI-T-06559/02
- ZOFRAN 4 MG FILMTABLETTA	15x buboréksomagolásban	OGYI-T-06559/05
- ZOFRAN 8 MG FILMTABLETTA	15x buboréksomagolásban	OGYI-T-06559/06
- ZOFRAN 8 MG FILMTABLETTA	2x15 buboréksomagolásban	OGYI-T-06559/07

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C, R11

EÜ100 8/n2.

Támogatott indikációk:

- Citosztatikus kezelés okozta hányás esetén, amennyiben az a 8. n) 1. pont szerinti gyógyszerekkel nem befolyásolható

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- GRANIGEN 1 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-20286/01
- KYTRIL 1 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-04057/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NAVOBAN 5 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x buboréksomagolásban	OGYI-T-02086/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C, R11

EÜ100 8/n3.

Támogatott indikációk:

- Rosszindulatú daganatos betegségben a ciszplatin-alapú erősen emetogén (ciszplatin dózis nagyobb, mint 50 mg/m²) daganatellenes kezelés okozta hányinger és hányás megelőzése és kezelése azokban az esetekben, amikor a korábbi kemoterápia során alkalmazott serotonin-antagonista készítmények hatástalannak bizonyultak, ondansetron injekcióval és per os szteroiddal kombinálva

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EMEND 125 MG+80 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x125mg	EU/1/03/262/006

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C, R11

EÜ100 8/o.

Támogatott indikációk:

- Emlő rosszindulatú daganat daganatellenes oki terápiája az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban
- Endometrium rosszindulatú daganat daganatellenes oki terápiája az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MEGACE BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x240 ml flakonban	OGYI-T-06416/01
- MEGESIN 160 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-08538/02
- MEGYRINA 40 MG/ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x240 ml hdpe tartályban	OGYI-T-20771/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C509, C541

EÜ100 8/p.**Támogatott indikációk:**

- Malignus folyamatokhoz társuló anorexia-cachexia syndroma, az alapbetegség cytostatikus illetve sugaras kezelése alatt vagy ennek előkészítése céljából
- Malignus folyamatokhoz társuló anorexia-cachexia syndroma, ha a beteg eredeti testtömegének 10%-át 3 hónap alatt elvesztette
- Malignus folyamatokhoz társuló anorexia-cachexia syndroma, ha a beteg más szerekkel 3 hónapig végzett kezelése nem eredményezte a testtömeg szükséges növekedését.

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MEGACE BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x240 ml flakonban	OGYI-T-06416/01
- MEGESIN 160 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-08538/02
- MEGYRINA 40 MG/ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x240 ml hdpe tartályban	OGYI-T-20771/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C, R63, R64

EÜ100 8/sz2.**Támogatott indikációk:**

- B-sejtes krónikus lymphoid leukemiában (CLL) megfelelő biológiai állapot fennállása esetén első vonalbeli kombinációs terápia részeként 25 mg/m² dózisban, vagy monoterápiában, amennyiben kombinációs terápia ellenjavallt
- B-sejtes krónikus lymphoid leukemiában (CLL) másodvonalbeli kezelés, amennyiben alkiláló ágenszt tartalmazó kezelés ellenére terápiareszisztencia vagy progresszió igazolható

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FLUDARA 10 MG FILMTABLETTA	15x buboréksomagolásban és pe tartályban	OGYI-T-08272/01
- FLUDARA 10 MG FILMTABLETTA	20x buboréksomagolásban és pe tartályban	OGYI-T-08272/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C911

EÜ100 8/t.**Támogatott indikációk:**

- Kit (CD117) pozitív, nem műthető, illetve metasztatikus malignus gastrointestinalis stromalis daganatban (GIST) az indikációt igazoló szövettani és a c-kit gén mutációt meghatározó molekuláris diagnosztikai vizsgálat eredményeinek ismeretében

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Patológia	javasolhat
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	javaslatra írhat
Kijelölt intézmény	Sugártherápia	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- GLIVEC 100 MG FILMTABLETTA	120x	EU/1/01/198/011
- GLIVEC 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x	EU/1/01/198/005
- GLIVEC 400 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/01/198/010

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21, C22, C23, C24, C25, C26

EÜ100 9/a.**Támogatott indikációk:**

- Cisztás fibrózis (mucoviscidosis)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekek tüdőgyógyászata	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászata	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CIFRAN 250 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-07560/01
- CIPROFLOXACIN-RATIOPHARM 250 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-08948/01
- CIPROFLOXACIN-RATIOPHARM 500 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-08948/02
- CIPROLEN 250 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-09813/01
- CYDONIN 250 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-08775/01
- CYDONIN 500 MG FILMTABLETTA	10x buboréksomagolásban	OGYI-T-08776/01
- FLUIMUCIL 100 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x3ml ampulla	OGYI-T-05351/10

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- KREON 10.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	20x hdpe tartályban	OGYI-T-04231/08
- KREON 10.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-04231/09
- KREON 25.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-04231/03
- KREON 25.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-04231/02
- PANZYTRAT 25000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x üvegben	OGYI-T-04197/03
- SPUTOPUR 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x üvegben	OGYI-T-03795/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E84

EÜ100 9/b.

Támogatott indikációk:

- Cisztás fibrózis (mucoviscidosis) dokumentált középsúlyos és súlyos tüdőmanifesztáció esetei

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Gyermekek tüdőgyógyászata	írhat
Kijelölt intézmény	Tüdőgyógyászata	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BRAMITOB 300 MG/4 ML OLDAT PORLASZTÁSRA	56x egyadagos tartályban	OGYI-T-20324/03
- COLOMYCIN 1 000 000 NE POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ, INFÚZIÓHOZ VAGY INHALÁCIÓS OLDATHOZ	10x injekciós üvegben	OGYI-T-10049/01
- PULMOZYME 2,5 MG OLDAT PORLASZTÁSRA	30x2,5ml ampulla	OGYI-T-04562/01
- TOBI 300 MG/5 ML OLDAT PORLASZTÁSRA	56x5ml ampulla	OGYI-T-08707/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E84

EÜ100 10/a1.

Támogatott indikációk:

- Schizophrenia, schizotipias és paranoid (delusiv) rendellenességek

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL DEPOT 200 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1ml opc ampullában	OGYI-T-01688/04

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/06
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/07
- DEPRAL 200 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-03826/01
- FLUANXOL DEPOT 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1 ml ampulla	OGYI-T-01106/01
- HALOPERIDOL DECANOAT-RICHTER 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1ml ampulla	OGYI-T-03334/04
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-03334/01
- HALOPERIDOL-RICHTER 2 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x10 ml	OGYI-T-03334/02
- HALOPERIDOL-RICHTER 5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-03334/03
- MODITEN DEPO 25 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml ampulla	OGYI-T-01350/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29
EÜ100 10/a2.

Támogatott indikációk:

- Schizophrenia, schizotipias és paranoid (delusiv) rendellenességek, a 10/a1. pontban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy ezeket a szereket nem toleráló betegek esetében monoterápiában - kivéve, ha az orvos a kombinált antipszichotikus terápia szükségességét megfelelően dokumentálja

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AMIPRID 200 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20161/01
- AMIPRID 200 MG TABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-20161/03
- AMIPRID 400 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20161/02
- AMISULPRIDE MYLAN 200 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21817/05
- AMISULPRIDE MYLAN 200 MG TABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-21817/07
- AMISULPRID-RATIOPHARM 200 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20491/01
- AMISULPRID-RATIOPHARM 200 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20491/02
- AMITREX 100 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08231/01
- AMITREX 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x60ml üvegben +1 adagoló fecskendő	OGYI-T-08231/10
- AMITREX 200 MG TABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08231/04
- AMITREX 200 MG TABLETTA	90x buboréksomagolásban	OGYI-T-08231/06
- AMITREX 400 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-08231/07
- AMITREX 400 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-08231/08
- EQUPEPIN 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20882/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EQUEPIN 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20882/01
- EQUEPIN 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20882/05
- HUNPERDAL-RICHTER 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/04
- HUNPERDAL-RICHTER 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/06
- HUNPERDAL-RICHTER 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/08
- KETILEPT 150 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20056/11
- KVENTIAX 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20471/16
- KVENTIAX 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20471/38
- KVENTIAX 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20471/07
- KVENTIAX 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20471/48
- NANTARID 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20545/11
- PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/21
- PERDOX 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/03
- PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100ml üvegben	OGYI-T-10212/06
- PERDOX 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/24
- PERDOX 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/27
- PERDOX 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/30
- QUETIAPIN BLUEFISH 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/02
- QUETIAPIN BLUEFISH 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/04
- QUETIAPIN BLUEFISH 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/01
- QUETIAPIN BLUEFISH 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/05
- QUETIAPIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20581/03
- QUETIAPIN SANDOZ 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20581/05
- QUETIAPIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20581/01
- QUETIAPIN SANDOZ 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20581/07
- QUETIAPINE ORION 100 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20360/04
- QUETIAPINE ORION 200 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20360/06
- QUETIAPINE ORION 25 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20360/02
- QUETIAPINE VIPHARM 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20963/04
- QUETIAPINE VIPHARM 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20963/08
- QUETIAPINE VIPHARM 25 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20963/01
- QUETIAPINE VIPHARM 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20963/10
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20475/16

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20475/28
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20475/04
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20475/40
- QUETIAPINE-TEVA 100 MG FILMTABLETTA	60x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20839/04
- QUETIAPINE-TEVA 200 MG FILMTABLETTA	60x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20839/08
- QUETIAPINE-TEVA 25 MG FILMTABLETTA	60x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20839/02
- QUETIAPINE-TEVA 300 MG FILMTABLETTA	60x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20839/10
- QUETIAPIN-MYLAN 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-21163/36
- QUETIAPIN-MYLAN 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-21163/12
- QUETIAPIN-MYLAN 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-21163/84
- RESIRENTIN 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20821/03
- RESIRENTIN 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20821/05
- RESIRENTIN 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20821/02
- RESIRENTIN 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20821/06
- RIPPEDON 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/03
- RIPPEDON 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/06
- RIPPEDON 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/09
- RIPPEDON 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/12
- RISPE-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/01
- RISPE-RATIOPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/02
- RISPE-RATIOPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/03
- RISPE-RATIOPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/04
- RISPERDAL 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100 ml üvegben	OGYI-T-08812/07
- RISPERIDON ORION 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x120ml üvegben	OGYI-T-20727/01
- RISPOLUX 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10112/03
- RISPOLUX 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10112/07
- RISPOLUX 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10112/11
- RISPOLUX 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10112/14
- RISPONS 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- RISPONS 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/03
- RISPONS 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/04
- RISPONS 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/05
- SETININ 100 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/18
- SETININ 150 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/26
- SETININ 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/36
- SETININ 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/06
- SETININ 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/46
- TORENDO Q-TAB 0,5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20319/14
- TORENDO Q-TAB 1 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20319/16
- TORENDO Q-TAB 2 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20319/18
- ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/02
- ZIPERID 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/04
- ZIPERID 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/06
- ZIPERID 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/08
- ZIPERID 6 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/10

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29

EÜ100 10/a3.

Támogatott indikációk:

- Schizophrenia, schizotipias és paranoid (delusiv) rendellenességek, a 10/a1.-10/a2. pontban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy ezeket a szereket nem toleráló betegek esetében monoterápiában - kivéve, ha az orvos a kombinált antipszichotikus terápia szükségességét megfelelően dokumentálja

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ABILIFY 15 MG TABLETTA	56x	EU/1/04/276/014
- ABILIFY 30 MG TABLETTA	28x	EU/1/04/276/017
- ARKOLAMYL 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21318/13
- ARKOLAMYL 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21318/02

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BLOONIS 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/04
- BLOONIS 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/19
- BLOONIS 15 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/08
- BLOONIS 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/24
- BLOONIS 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/11
- BLOONIS 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/29
- BLOONIS 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/01
- BLOONIS 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/14
- CLOZAPINE GEROT 100 MG TABLETTA	100x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-09007/09
- CLOZAPINE GEROT 100 MG TABLETTA	20x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-09007/07
- CLOZAPINE GEROT 25 MG TABLETTA	50x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban	OGYI-T-09007/02
- INVEGA 6 MG RETARD TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/395/006
- INVEGA 9 MG RETARD TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/395/011
- LEPONEX 100 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-00825/03
- LEPONEX 100 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-00825/01
- LEPONEX 25 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-00825/04
- OLANZAPIN ACTAVIS 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20496/10
- OLANZAPIN ACTAVIS 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban (lehúzható hátfóliával ellátott al/al)	OGYI-T-20496/26
- OLANZAPIN ACTAVIS 15 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20496/13
- OLANZAPIN ACTAVIS 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban (lehúzható hátfóliával ellátott al/al)	OGYI-T-20496/32
- OLANZAPIN ACTAVIS 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20496/16
- OLANZAPIN ACTAVIS 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban (lehúzható hátfóliával ellátott al/al)	OGYI-T-20496/38
- OLANZAPIN ACTAVIS 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20496/04
- OLANZAPIN ACTAVIS 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban (lehúzható hátfóliával ellátott al/al)	OGYI-T-20496/20
- OLANZAPIN BLUEFISH 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21763/04
- OLANZAPIN BLUEFISH 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21763/07
- OLANZAPIN BLUEFISH 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21763/09

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- OLANZAPIN MYLAN 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/08/475/019
- OLANZAPIN MYLAN 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/08/475/007
- OLANZAPIN MYLAN 7,5 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	EU/1/08/475/015
- OLANZAPIN ORION 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21073/08
- OLANZAPIN ORION 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21073/09
- OLANZAPIN ORION 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21073/10
- OLANZAPIN ORION 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21073/07
- OLANZAPIN SANDOZ 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20728/12
- OLANZAPIN SANDOZ 15 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20728/17
- OLANZAPIN SANDOZ 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20728/22
- OLANZAPIN SANDOZ 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20728/02
- OLANZAPIN TEVA 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/012
- OLANZAPIN TEVA 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/027
- OLANZAPIN TEVA 15 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/016
- OLANZAPIN TEVA 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/031
- OLANZAPIN TEVA 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/020
- OLANZAPIN TEVA 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/035
- OLANZAPIN TEVA 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/004
- OLANZAPIN TEVA 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/023
- OLANZAPIN TEVA 7,5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/008
- OLANZAPINE EGIS 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21687/02
- OLANZAPINE EGIS 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21687/03
- OLANZAPINE EGIS 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21687/04
- OLANZAPINE EGIS 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21687/01
- OLPINAT 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (opa/al/pvc//al)	OGYI-T-21333/03
- OLPINAT 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban (opa/al/pvc//al)	OGYI-T-21333/01
- OLZIN 10 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20695/07
- OLZIN 10 MG TABLETTA	56x buboréksomagolásban	OGYI-T-20695/08
- OLZIN 5 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20695/03
- OLZIN 7,5 MG TABLETTA	56x buboréksomagolásban	OGYI-T-20695/06

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PARNASSAN 10 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21042/04
- PARNASSAN 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21042/10
- PARNASSAN 15 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21042/05
- PARNASSAN 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21042/13
- PARNASSAN 20 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21042/06
- PARNASSAN 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21042/16
- PARNASSAN 5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21042/02
- PARNASSAN 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21042/07
- PARNASSAN 7,5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-21042/03
- SERDOLECT 12 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05605/02
- SERDOLECT 16 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05605/03
- SERDOLECT 20 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05605/04
- SERDOLECT 4 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05605/01
- YPSILA 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20743/04
- YPSILA 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20743/06
- YPSILA 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20743/08
- ZALASTA 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	EU/1/07/415/043
- ZALASTA 10 MG TABLETTA	28x buborékcsomagolásban (al//opa/al/pvc)	EU/1/07/415/018
- ZALASTA 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	EU/1/07/415/048
- ZALASTA 15 MG TABLETTA	28x buborékcsomagolásban (al//opa/al/pvc)	EU/1/07/415/023
- ZALASTA 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	EU/1/07/415/053
- ZALASTA 20 MG TABLETTA	28x buborékcsomagolásban (al//opa/al/pvc)	EU/1/07/415/028
- ZALASTA 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	EU/1/07/415/033
- ZALASTA 5 MG TABLETTA	28x buborékcsomagolásban (al//opa/al/pvc)	EU/1/07/415/007
- ZELDOX 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x buborékcsomagolásban	OGYI-T-08818/05
- ZELDOX 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x buborékcsomagolásban	OGYI-T-08818/07
új - ZIPWELL 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buborékcsomagolásban (al//al)	OGYI-T-21153/09
új - ZIPWELL 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buborékcsomagolásban (al//al)	OGYI-T-21153/14

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
új - ZIPWELL 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buborékcsomagolásban (al//al)	OGYI-T-21153/19
- ZOLAPIN 10 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20851/08
- ZOLAPIN 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20851/22
- ZOLAPIN 5 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20851/03
- ZOLAPIN 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buborékcsomagolásban	OGYI-T-20851/18

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29

vált. EÜ100 10/a4.

Támogatott indikációk:

- Schizophrenia kezelésére monoterápiában - kivéve, ha az orvos a kombinált antipszichotikus terápiát tartja szükségesnek és azt megfelelően dokumentálja -, ha a quetiapin IR kezeléssel két hónap alatt dokumentáltan nem volt elérhető a kívánt hatás. Amennyiben a quetiapin XR kezelés mellett két éven belül két alkalommal a beteg állapotában visszaesés (relapszus) következik be, akkor az adott gyógyszerrel történő kezelés folytatása nem indokolt.

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
új - SEROQUEL XR 200 MG RETARD TABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05863/03
új - SEROQUEL XR 300 MG RETARD TABLETTA	120x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05863/15
új - SEROQUEL XR 300 MG RETARD TABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05863/04
új - SEROQUEL XR 400 MG RETARD TABLETTA	120x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05863/16
új - SEROQUEL XR 400 MG RETARD TABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05863/05
új - SEROQUEL XR 50 MG RETARD TABLETTA	60x buborékcsomagolásban	OGYI-T-05863/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29

új EÜ100 10/a5.

Támogatott indikációk:

- Schizophrenia kezelésére a második generációs per os kezelésre reagáló, de nem kooperáló beteg részére, akinél legalább egy - hospitalizációt igénylő - relapszus következett be. Az orális terápia folytatásaként a második generációs tartós hatású parenterális készítmény monoterápiában alkalmazható, kivéve, ha az orvos a kombinált antipszichotikus terápiát tartja szükségesnek és azt megfelelően dokumentálja. Amennyiben a beteg állapotában ezen készítmények alkalmazása mellett három éven belül további két visszaesés (relapszus) következett be, akkor az adott gyógyszerrel történő kezelés folytatása nem indokolt

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat

	Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
új	- RISPERDAL CONSTA 25 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ INTRAMUSZKULÁRIS CÉLRA	1x porampulla +1 előretöltött oldószeres fecskendő	OGYI-T-08812/02
új	- RISPERDAL CONSTA 25 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ INTRAMUSZKULÁRIS CÉLRA	1x porampulla +1 előretöltött oldószeres fecskendő+3 tű	OGYI-T-08812/01
új	- RISPERDAL CONSTA 37,5 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ INTRAMUSZKULÁRIS CÉLRA	1x porampulla +1 előretöltött oldószeres fecskendő	OGYI-T-08812/04
új	- RISPERDAL CONSTA 37,5 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ INTRAMUSZKULÁRIS CÉLRA	1x porampulla +1 előretöltött oldószeres fecskendő+3 tű	OGYI-T-08812/03
új	- RISPERDAL CONSTA 50 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ INTRAMUSZKULÁRIS CÉLRA	1x porampulla +1 előretöltött oldószeres fecskendő	OGYI-T-08812/06
új	- RISPERDAL CONSTA 50 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ INTRAMUSZKULÁRIS CÉLRA	1x porampulla +1 előretöltött oldószeres fecskendő+3 tű	OGYI-T-08812/05
új	- XEPLION 100 MG RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +2 tű	EU/1/11/672/004
új	- XEPLION 150 MG RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +2 tű	EU/1/11/672/005
új	- XEPLION 50 MG RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +2 tű	EU/1/11/672/002
új	- XEPLION 75 MG RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x előretöltött fecskendőben +2 tű	EU/1/11/672/003
új	- ZYPADHERA 210 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x210mg injekciós üvegben +1x3 ml oldószer	EU/1/08/479/001
új	- ZYPADHERA 300 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x300mg injekciós üvegben +1x3 ml oldószer	EU/1/08/479/002
új	- ZYPADHERA 405 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x405mg injekciós üvegben +1x3 ml oldószer	EU/1/08/479/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29
EÜ100 10/b1.

Támogatott indikációk:

- Mánia

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LITICARB 500 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-04954/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F301, F302, F311, F312, F316

EÜ100 10/b2.**Támogatott indikációk:**

- Mánia, a 10/b1. pontban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy ezeket a szereket nem toleráló mániás betegek esetében

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL DEPOT 200 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1ml opc ampullában	OGYI-T-01688/04
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/06
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/07
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-03334/01
- HALOPERIDOL-RICHTER 2 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x10 ml	OGYI-T-03334/02
- HALOPERIDOL-RICHTER 5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-03334/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F301, F302, F311, F312, F316**EÜ100 10/b3.****Támogatott indikációk:**

- Mánia, a 10/b1-10/b2. pontban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy ezeket a szereket nem toleráló betegek esetében

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EQUEPIN 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20882/02
- EQUEPIN 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20882/01
- EQUEPIN 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20882/05
- HUNPERDAL-RICHTER 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/04
- HUNPERDAL-RICHTER 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/06
- HUNPERDAL-RICHTER 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/08
- KETILEPT 150 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20056/11
- KVENTIAX 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20471/16

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- KVENTIAX 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20471/38
- KVENTIAX 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20471/07
- KVENTIAX 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20471/48
- NANTARID 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20545/11
- PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/21
- PERDOX 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/03
- PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100ml üvegben	OGYI-T-10212/06
- PERDOX 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/24
- PERDOX 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/27
- PERDOX 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/30
- QUETIAPIN BLUEFISH 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/02
- QUETIAPIN BLUEFISH 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/04
- QUETIAPIN BLUEFISH 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/01
- QUETIAPIN BLUEFISH 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/05
- QUETIAPIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20581/03
- QUETIAPIN SANDOZ 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20581/05
- QUETIAPIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20581/01
- QUETIAPIN SANDOZ 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20581/07
- QUETIAPINE ORION 100 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20360/04
- QUETIAPINE ORION 200 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20360/06
- QUETIAPINE ORION 25 MG FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-20360/02
- QUETIAPINE VIPHARM 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20963/04
- QUETIAPINE VIPHARM 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20963/08
- QUETIAPINE VIPHARM 25 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-20963/01
- QUETIAPINE VIPHARM 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20963/10
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20475/16
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20475/28
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20475/04
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20475/40
- QUETIAPINE-TEVA 100 MG FILMTABLETTA	60x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20839/04
- QUETIAPINE-TEVA 200 MG FILMTABLETTA	60x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20839/08

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- QUETIAPINE-TEVA 25 MG FILMTABLETTA	60x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20839/02
- QUETIAPINE-TEVA 300 MG FILMTABLETTA	60x átlátszatlan fehér buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20839/10
- QUETIAPIN-MYLAN 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-21163/36
- QUETIAPIN-MYLAN 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-21163/12
- QUETIAPIN-MYLAN 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-21163/84
- RESIRENTIN 100 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20821/03
- RESIRENTIN 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20821/05
- RESIRENTIN 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20821/02
- RESIRENTIN 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20821/06
- RIPPEDON 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/03
- RIPPEDON 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/06
- RIPPEDON 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/09
- RIPPEDON 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/12
- RISPE-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/01
- RISPE-RATIOPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/02
- RISPE-RATIOPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/03
- RISPE-RATIOPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/04
- RISPERDAL 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100 ml üvegben	OGYI-T-08812/07
- RISPERIDON ORION 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x120ml üvegben	OGYI-T-20727/01
- RISPOS 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/02
- SETININ 100 MG FILMTABLETTA	90x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/18
- SETININ 150 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/26
- SETININ 200 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/36
- SETININ 25 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/06
- SETININ 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc//al)	OGYI-T-20822/46
- ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/02
- ZIPERID 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/04

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ZIPERID 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/06
- ZIPERID 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/08
- ZIPERID 6 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/10

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F301, F302, F311, F312, F316

EÜ100 10/b4.

Támogatott indikációk:

- Mánia, a 10/b1-10/b3. pontban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy ezeket a szereket nem toleráló beteg esetében

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ABILIFY 15 MG TABLETTA	56x	EU/1/04/276/014
- ABILIFY 30 MG TABLETTA	28x	EU/1/04/276/017
- ARKOLAMYL 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21318/13
- ARKOLAMYL 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21318/02
- BLOONIS 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/04
- BLOONIS 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/19
- BLOONIS 15 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/08
- BLOONIS 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/24
- BLOONIS 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/11
- BLOONIS 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/29
- BLOONIS 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/01
- BLOONIS 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21412/14
- OLANZAPIN ACTAVIS 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20496/10
- OLANZAPIN ACTAVIS 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban (lehúzható hátfóliával ellátott al/al)	OGYI-T-20496/26
- OLANZAPIN ACTAVIS 15 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20496/13
- OLANZAPIN ACTAVIS 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban (lehúzható hátfóliával ellátott al/al)	OGYI-T-20496/32
- OLANZAPIN ACTAVIS 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20496/16

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- OLANZAPIN ACTAVIS 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban (lehúzható hátfóliával ellátott al/al)	OGYI-T-20496/38
- OLANZAPIN ACTAVIS 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20496/04
- OLANZAPIN ACTAVIS 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban (lehúzható hátfóliával ellátott al/al)	OGYI-T-20496/20
- OLANZAPIN BLUEFISH 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21763/04
- OLANZAPIN BLUEFISH 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21763/07
- OLANZAPIN BLUEFISH 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21763/09
- OLANZAPIN MYLAN 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/08/475/019
- OLANZAPIN MYLAN 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/08/475/007
- OLANZAPIN MYLAN 7,5 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	EU/1/08/475/015
- OLANZAPIN ORION 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21073/08
- OLANZAPIN ORION 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21073/09
- OLANZAPIN ORION 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21073/10
- OLANZAPIN ORION 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21073/07
- OLANZAPIN SANDOZ 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20728/12
- OLANZAPIN SANDOZ 15 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20728/17
- OLANZAPIN SANDOZ 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20728/22
- OLANZAPIN SANDOZ 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20728/02
- OLANZAPIN TEVA 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/012
- OLANZAPIN TEVA 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/027
- OLANZAPIN TEVA 15 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/016
- OLANZAPIN TEVA 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/031
- OLANZAPIN TEVA 20 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/020
- OLANZAPIN TEVA 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/035
- OLANZAPIN TEVA 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/004
- OLANZAPIN TEVA 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/023
- OLANZAPIN TEVA 7,5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/427/008
- OLANZAPINE EGIS 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21687/02
- OLANZAPINE EGIS 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21687/03
- OLANZAPINE EGIS 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21687/04

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- OLANZAPINE EGIS 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21687/01
- OLPINAT 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21333/03
- OLPINAT 5 MG FILMTABLETTA	(opa/al/pvc//al) 28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21333/01
- OLZIN 10 MG TABLETTA	(opa/al/pvc//al) 28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20695/07
- OLZIN 10 MG TABLETTA	56x buboréksomagolásban	OGYI-T-20695/08
- OLZIN 5 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20695/03
- OLZIN 7,5 MG TABLETTA	56x buboréksomagolásban	OGYI-T-20695/06
- PARNASSAN 10 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21042/04
- PARNASSAN 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21042/10
- PARNASSAN 15 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21042/05
- PARNASSAN 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21042/13
- PARNASSAN 20 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21042/06
- PARNASSAN 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21042/16
- PARNASSAN 5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21042/02
- PARNASSAN 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-21042/07
- PARNASSAN 7,5 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-21042/03
- YPSILA 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20743/04
- YPSILA 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20743/06
- YPSILA 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20743/08
- ZALASTA 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/415/043
- ZALASTA 10 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/415/018
- ZALASTA 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	(al//opa/al/pvc) 28x buboréksomagolásban	EU/1/07/415/048
- ZALASTA 15 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/415/023
- ZALASTA 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	(al//opa/al/pvc) 28x buboréksomagolásban	EU/1/07/415/053
- ZALASTA 20 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/415/028
- ZALASTA 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	(al//opa/al/pvc) 28x buboréksomagolásban	EU/1/07/415/033
- ZALASTA 5 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/07/415/007
- ZELDOX 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	(al//opa/al/pvc) 56x buboréksomagolásban	OGYI-T-08818/05

	Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
	- ZELDOX 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x buboréksomagolásban	OGYI-T-08818/07
új	- ZIPWELL 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban (al//al)	OGYI-T-21153/09
új	- ZIPWELL 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban (al//al)	OGYI-T-21153/14
új	- ZIPWELL 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban (al//al)	OGYI-T-21153/19
	- ZOLAPIN 10 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20851/08
	- ZOLAPIN 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20851/22
	- ZOLAPIN 5 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20851/03
	- ZOLAPIN 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x buboréksomagolásban	OGYI-T-20851/18

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): F301, F302, F311, F312, F316

EÜ100 10/c1.

Támogatott indikációk:

- Organikus hallucinózis, katatónia, illetve paranoid zavar

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/06
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/07
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-03334/01
- HALOPERIDOL-RICHTER 2 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x10 ml	OGYI-T-03334/02
- HALOPERIDOL-RICHTER 5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-03334/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): F060, F061, F062

EÜ100 10/c2.

Támogatott indikációk:

- Organikus hallucinózis, katatónia, illetve paranoid zavar, a 10/c1. pontban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy ezeket a szereket nem toleráló betegek esetében

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- HUNPERDAL-RICHTER 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/04
- HUNPERDAL-RICHTER 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/06
- HUNPERDAL-RICHTER 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/08
- PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10212/21
- PERDOX 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/03
- PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100ml üvegben	OGYI-T-10212/06
- PERDOX 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/24
- PERDOX 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/27
- PERDOX 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/30
- RIPPEDON 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/03
- RIPPEDON 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/06
- RIPPEDON 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/09
- RIPPEDON 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/12
- RISPE-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/01
- RISPE-RATIOPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/02
- RISPE-RATIOPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/03
- RISPE-RATIOPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/04
- RISPERDAL 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100 ml üvegben	OGYI-T-08812/07
- RISPERIDON ORION 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x120ml üvegben	OGYI-T-20727/01
- RISPONS 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/02
- RISPONS 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/03
- RISPONS 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/04
- RISPONS 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/05
- ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/02
- ZIPERID 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/04
- ZIPERID 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/06
- ZIPERID 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/08

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F060, F061, F062

EÜ100 10/d1.**Támogatott indikációk:**

- Mentális retardáció diagnózisa esetén a magatartászavarok kezelése

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/06
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x hdpe tartályban	OGYI-T-01688/07
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-03334/01
- HALOPERIDOL-RICHTER 2 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x10 ml	OGYI-T-03334/02
- HALOPERIDOL-RICHTER 5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-03334/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F70, F71, F72, F73, F78, F79**EÜ100 10/d2.****Támogatott indikációk:**

- Mentális retardáció diagnózisa esetén a magatartászavarok kezelésére a 10. d) 1. pontban felsorolt szerekre dokumentáltan nem reagáló, vagy ezeket a szereket nem toleráló beteg részére.

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- HUNPERDAL-RICHTER 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/04
- HUNPERDAL-RICHTER 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/06
- HUNPERDAL-RICHTER 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/08
- PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/21
- PERDOX 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/03
- PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100ml üvegben	OGYI-T-10212/06
- PERDOX 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/24
- PERDOX 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/27

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PERDOX 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10212/30
- RIPPEDON 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/03
- RIPPEDON 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/06
- RIPPEDON 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/09
- RIPPEDON 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20691/12
- RISPE-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/01
- RISPE-RATIOPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/02
- RISPE-RATIOPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/03
- RISPE-RATIOPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-10317/04
- RISPERDAL 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100 ml üvegben	OGYI-T-08812/07
- RISPERIDON ORION 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x120ml üvegben	OGYI-T-20727/01
- RISCONS 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20052/02
- ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/02
- ZIPERID 2 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/04
- ZIPERID 3 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/06
- ZIPERID 4 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-20253/08

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): F70, F71, F72, F73, F78, F79

EÜ100 11.

Támogatott indikációk:

- Epilepszia

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekeurológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekeurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CONVULEX 300 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ LÁGY KAPSZULA	100x buboréksomagolásban (pvc/pvdc/al)	OGYI-T-01112/06
- CONVULEX 300 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ LÁGY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban (pvc/pvdc/al)	OGYI-T-01112/05
- CONVULEX 50 MG/ML SZIRUP GYERMEKEKNEK	1x100ml üvegben	OGYI-T-01114/01

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- DEPAKINE 50 MG/ML SZIRUP	1x150ml üvegben	OGYI-T-05527/02
- DIPHEDAN TABLETTA	25x	OGYI-T-12750/01
- NEUROTOP 200 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01863/01
- NEUROTOP 600 MG RETARD TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-01479/02
- STAZEPINE 200 MG TABLETTA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-20578/01
- TEGRETOL 100 MG/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x100 ml üvegben	OGYI-T-05833/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): G409

EÜ100 12.

Támogatott indikációk:

- Amyotrophiás lateral sclerosis klinikailag és electromyographias (EMG) vizsgálattal dokumentált eseteiben

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FANIZAN 50 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban (pvc/al)	OGYI-T-21882/01
- RILUTEK 50 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/96/010/001
- SCLEFIC 50 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	OGYI-T-20837/06

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): G122

EÜ100 13/a1.

Támogatott indikációk:

- Diabetes insipidus

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
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 korlátlan.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MINIRIN 0,1 MG/ML OLDATOS ORRSPRAY	1x5ml üvegben	OGYI-T-05644/11
- NOCUTIL 0,1 MG/ML OLDATOS ORRSPRAY	1x5 ml üvegben	OGYI-T-06796/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E232

EÜ100 13/a2.

Támogatott indikációk:

- Diabetes insipidus, desmopressin hatóanyagú orrcsepp igazolt hatástalansága esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
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 korlátlan.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MINIRIN 0,1 MG TABLETTA	30x tartályban	OGYI-T-05644/12
- MINIRIN 0,2 MG TABLETTA	30x tartályban	OGYI-T-05644/01
- NOCUTIL 0,1 MG TABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-20088/01
- NOCUTIL 0,2 MG TABLETTA	30x hdpe tartályban	OGYI-T-20088/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E232

EÜ100 14.

Támogatott indikációk:

- Vesezsűletett mellékvese hypoplasia 18 éves korig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ASTONIN 0,1 MG TABLETTA	100x pp tartályban	OGYI-T-01533/01
- CORTEF 10 MG TABLETTA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-09856/02
- CORTEF 10 MG TABLETTA	100x üvegben	OGYI-T-09856/01
- PREDNISOLON-RICHTER 5 MG TABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-03091/03
- PREDNISOLON-RICHTER 5 MG TABLETTA	20x buboréksomagolásban	OGYI-T-03091/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): Q891

EÜ100 15/a.**Támogatott indikációk:**

- Kortikoszteroid kezelésre rezisztens gyermekkori nephrosis szindróma esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- SANDIMMUN NEORAL 10 MG LÁGY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/02
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x50ml üvegben	OGYI-T-04200/01
- SANDIMMUN NEORAL 25 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/03
- SANDIMMUN NEORAL 50 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): N04

EÜ100 15/b.**Támogatott indikációk:**

- Kortikoszteroid kezelésre rezisztens nephrosis szindróma esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- SANDIMMUN NEORAL 10 MG LÁGY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/02
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/05
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x50ml üvegben	OGYI-T-04200/01
- SANDIMMUN NEORAL 25 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/03
- SANDIMMUN NEORAL 50 MG LÁGY KAPSZULA	50x buboréksomagolásban	OGYI-T-04200/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): N04

EÜ100 16.**Támogatott indikációk:**

- Veleszületett aminosav anyagcserezavarok

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- FANTOMALT	400 g	1492
- LOPROFIN	27x200 ml	722
- LOPROFIN ALACSONY FEHÉRJETARTALMÚ TEJHELYETTESÍTŐ ITAL SPECIÁLIS TÁPSZER	200 ml	722
- MAYDIS AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.
- MILUPA LP DRINK	400 g	867
- MILUPA LP DRINK CSOKOLÁDÉ ÍZESÍTÉSŰ	375 g	871
- MILUPA LP FRUITY ALMÁS BANÁNOS ÍZESÍTÉSŰ	300 g	455
- MILUPA LP FRUITY KÖRTÉS ÍZESÍTÉSŰ	300 g	110
- SOLANI AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.
- TRITICI AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.
- VITAFLO PROZERO	18x250 ml	1526
- VITAFLO PROZERO	6x1000 ml	1527

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E7000, E7010, E7020, E7080, E7100, E7110, E7120, E7200, E7210, E7220, E7230, E7240, E7250, E7280, E7290

EÜ100 17.**Támogatott indikációk:**

- Phenylketonuria dokumentált esetei
- Hyperphenylalaninaemia dokumentált esetei

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- EASIPHEN TRÓPUSI GYÜMÖLCS ÍZŰ	18x250 ml	728
- EASIPHEN TRÓPUSI GYÜMÖLCSÖK ÍZŰ SPECIÁLIS TÁPSZER	250 ml	728
- LOPHLEX ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI	30x27,8 g	1579
- LOPHLEX LQ CITRUS ÍZŰ	125 ml	726
- LOPHLEX LQ CITRUS ÍZŰ	30x125 ml	726
- LOPHLEX LQ GYÜMÖLCS ÍZŰ	125 ml	724
- LOPHLEX LQ LÉDÚS NARANCS	30x125 ml	1420
- LOPHLEX NARANCS ÍZŰ	30x27,8 g	1580
- MILUPA PKU 1	500 g	112
- MILUPA PKU 1 MIX MILUPAN	1000 g	332
- MILUPA PKU 2	500 g	113
- MILUPA PKU 2 MIX	400 g	531
- MILUPA PKU 2 PRIMA	500 g	532
- MILUPA PKU 2 SECUNDA	500 g	533
- MILUPA PKU 3 ADVANTA	500 g	1303
- P-AM MATERNAL	500 g	1474
- P-AM 1	500 g	1013
- P-AM 2	500 g	1012
- P-AM 3	500 g	1011
- PKU ANAMIX INFANT	400 g	1114
- PKU ANAMIX JUNIOR LQ ERDEI GYÜMÖLCS ÍZŰ	36x125ml	1134
- PKU ANAMIX JUNIOR LQ NARANCS ÍZŰ	36x125ml	1135
- PKU LOPHLEX LQ LÉDÚS GYÜMÖLCSÖK	30x125 ml	1520
- SINPHE BASIC	500 g	682
- SINPHE 1	500 g	683
- VITAFLO PKU COOLER 10 ERDEI GYÜMÖLCS ÍZŰ	30x87 ml	1387
- VITAFLO PKU COOLER 10 MÁLNA ÍZŰ	30x87 ml	1384
- VITAFLO PKU COOLER 10 NARANCS ÍZŰ	30x87 ml	1381
- VITAFLO PKU COOLER 10 NATUR ÍZŰ	30x87 ml	1378
- VITAFLO PKU COOLER 15 ERDEI GYÜMÖLCS ÍZŰ	30x130 ml	1388
- VITAFLO PKU COOLER 15 MÁLNA ÍZŰ	30x130 ml	1385
- VITAFLO PKU COOLER 15 NARANCS ÍZŰ	30x130 ml	1382
- VITAFLO PKU COOLER 15 NATUR ÍZŰ	30x130 ml	1379
- VITAFLO PKU COOLER 20 ERDEI GYÜMÖLCS ÍZŰ	30x174 ml	1389
- VITAFLO PKU COOLER 20 MÁLNA ÍZŰ	30x174 ml	1386
- VITAFLO PKU COOLER 20 NARANCS ÍZŰ	30x174 ml	1383
- VITAFLO PKU COOLER 20 NATUR ÍZŰ	30x174 ml	1380
- VITAFLO PKU GEL MÁLNA ÍZŰ	30x24 g	1390
- VITAFLO PKU GEL NARANCS ÍZŰ	30x24 g	1391
- VITAFLO PKU GEL NATUR ÍZŰ	30x24 g	1392
- VITAFLO PKU SQUEEZIE ALMA-BANÁN ÍZŰ	30x85 g	1530
- XP MAXAMAID	500 g	1081
- XP MAXAMUM	500 g	1084

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E700, E701

EÜ100 18.

Támogatott indikációk:

- Igazolt és dokumentált galactosaemia, 6 éves korig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai genetika	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- HUMANA SL PLUS	500 g	1259
- MILUMIL PREGOMIN	450 g	1209
- MILUPA PREGOMIN	450 g	1055
- NUTRILON SOYA PLUS 2	400 g	272
- NUTRILON SOYA 1	400 g	132
- PEPTI-JUNIOR	450 g	134

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E742

EÜ100 19.

Támogatott indikációk:

- Szövettanilag igazolt és dokumentált glutén túlérzékenység, 18 éves korig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermek gasztroenterológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MAYDIS AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.
- SOLANI AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K900

EÜ100 20.**Támogatott indikációk:**

- Glucose-galactose malabsorptio

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gastroenterológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FRUCTOSUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E743**EÜ100 21/a.****Támogatott indikációk:**

- Anyatej hiánya esetén, annak pótlására 2500 g testsúly alatti kis testtömegű újszülöttnak, illetve koraszülöttnak a 3000 g testsúly eléréséig

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ALPREM	400 g	206
- BEBA ALPREM	400 g	1305
- BEBA KORASZÜLÖTTEKNEK	400 g	1397
- MILUMIL NENATAL	400 g	1212
- MILUPA NENATAL	400 g	135

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): P071**EÜ100 22.****Támogatott indikációk:**

- Terhes anyák részére, szerológiai igazolt toxoplasmosisban

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Infektológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szülészeti-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ROVAMYCINE 1,5 MILLIÓ NE FILMTABLETTA	16x buborékcsomagolásban	OGYI-T-01237/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): B589

EÜ100 23/a.

Támogatott indikációk:

- Krónikus aktív hepatitis B kezelésére - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Gastroenterológia	írhat
Kijelölt intézmény	Infektológia	írhat
Kijelölt intézmény	Trópusi betegségek	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BARACLUDE 0,05 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x210ml palackban	EU/1/06/343/005
- BARACLUDE 0,5 MG FILMTABLETTA	30x1 buborékcsomagolásban	EU/1/06/343/003
- HEPSERA 10 MG TABLETTA	30x	EU/1/03/251/001
- INTRONA 18 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/031
- INTRONA 30 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/034
- INTRONA 60 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/037
- PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecsekendőben +1 injekciós tű	EU/1/02/221/005
- PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4x előretöltött fecsekendőben +4 injekciós tű	EU/1/02/221/006
- PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT TOLLBAN	4x előretöltött injekciós tollban	EU/1/02/221/012
- PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecsekendőben +1 injekciós tű	EU/1/02/221/007
- PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4x előretöltött fecsekendőben +4 injekciós tű	EU/1/02/221/008
- PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT TOLLBAN	4x előretöltött injekciós tollban	EU/1/02/221/015

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/01
- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	12x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/03
- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/04
- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	12x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/06
- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/07
- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	12x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/09
- VIREAD 245 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	EU/1/01/200/001
- ZEFFIX 100 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/99/114/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): B180, B181

EÜ100 23/b.

Támogatott indikációk:

- Krónikus aktív hepatitis C kezelésére - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Gastroenterológia	írhat
Kijelölt intézmény	Infektológia	írhat
Kijelölt intézmény	Trópusi betegségek	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- COPEGUS 200 MG FILMTABLETTA	168x	OGYI-T-08860/02
- COPEGUS 200 MG FILMTABLETTA	42x	OGYI-T-08860/01
- EGIFERON 3X10^6 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x porampulla+oldószerampulla	OGYI-T-03892/01
- INTRONA 18 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/031
- INTRONA 30 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/034
- INTRONA 60 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/037
- PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben +1 injekciós tű	EU/1/02/221/005
- PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4x előretöltött fecskendőben +4 injekciós tű	EU/1/02/221/006
- PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT TOLLBAN	4x előretöltött injekciós tollban	EU/1/02/221/012
- PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben +1 injekciós tű	EU/1/02/221/007

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4x előretöltött fecskendőben +4 injekciós tű	EU/1/02/221/008
- PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT TOLLBAN	4x előretöltött injekciós tollban	EU/1/02/221/015
- PEGINTRON 100 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +1 injekciós tű és 2 törülőkendő	EU/1/00/131/039
- PEGINTRON 100 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4x injekciós tollban +4 injekciós tű és 8 törülőkendő	EU/1/00/131/040
- PEGINTRON 120 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +1 injekciós tű és 2 törülőkendő	EU/1/00/131/043
- PEGINTRON 120 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4x injekciós tollban +4 injekciós tű és 8 törülőkendő	EU/1/00/131/044
- PEGINTRON 150 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +1 injekciós tű és 2 törülőkendő	EU/1/00/131/047
- PEGINTRON 150 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4x injekciós tollban +4 injekciós tű és 8 törülőkendő	EU/1/00/131/048
- PEGINTRON 80 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x injekciós tollban +1 injekciós tű és 2 törülőkendő	EU/1/00/131/035
- PEGINTRON 80 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4x injekciós tollban +4 injekciós tű és 8 törülőkendő	EU/1/00/131/036
- REBETOL 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	168x	EU/1/99/107/003
- REBETOL 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	84x	EU/1/99/107/001
- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/01
- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	12x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/03
- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/04
- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	12x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/06
- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/07
- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ	12x0,5ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-06145/09

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): B182

EÜ100 24.

Támogatott indikációk:

- Szövettanilag igazolt, más gyógyszeres kezelésre nem reagáló endometriosis

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Szülészeti-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- DECAPEPTYL DEPOT POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x porampulla	OGYI-T-05310/01
- DIPHERELINE SR 3,75 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x porampulla+oldószerampulla	OGYI-T-08169/01
- LUCRIN PDS DEPOT 3,75 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-10040/01
- VISANNE 2 MG TABLETTA	28x buboréksomagolásban (pvc/al fólfólia)	OGYI-T-21199/01
- VISANNE 2 MG TABLETTA	84x buboréksomagolásban (pvc/al fólfólia)	OGYI-T-21199/02
- ZOLADAX DEPOT 3,6 MG IMPLANTÁTUM ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	OGYI-T-01976/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): N809

EÜ100 25.

Támogatott indikációk:

- Hereditær angiooedema akut rohamainak kezelésére

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Allergológia és klinikai immunológia	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Belgyógyászat	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Bőrgyógyászat	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Csecsemő-gyermekgyógyászat	javaslatra írhat
Megkötés nélkül	Fül-orr-gégegyógyászat	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BERINERT 500 EGYSÉG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ VAGY INFÚZIÓHOZ	1x porampulla+oldószerampulla	OGYI-T-05953/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D841

EÜ100 27.

Támogatott indikációk:

- Igazolt Paget kór kezelése, két évente egy alkalommal

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- ACLASTA 5 MG OLDATOS INFÚZIÓ	1x100ml	EU/1/05/308/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M889

EÜ100 28.

Támogatott indikációk:

- 12 évesnél idősebb allergiás etiológiájú (IgE szintjük > 76 IU/ml, bőrpróbával, in vitro meghatározással szérumban specifikus IgE detektálható környezeti, inhalatív perennialis allergén/ek ellen) súlyos, asthma bronchialeban (FEV1<80%) szenvedő betegek részére kiegészítő kezelésként, akiknek asthmája tartós szisztémás szteroid kezelés mellett nem kontrollált vagy nagy dózisú inhalációs szteroid és hosszú hatású beta-2-agonista terápia ellenére gyakoriak (dokumentáltan legalább 4/év) a szisztémás szteroid kezelésre szoruló exacerbációik. A terápia eredményességét a terápia megkezdése után négyhavonta az asthma-kontroll mértékének ellenőrzésével dokumentáltan értékelni kell, a terápia csak abban az esetben folytatható, ha a szteroid kezelésre szoruló exacerbációk száma legalább a felére csökken és a nem kontrollált asthma részlegesen kontrollálttá vagy kontrollálttá válik.

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Gyermektüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Tüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	javaslatra írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 4 hónap.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- XOLAIR 150 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x	EU/1/05/319/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): J4500

EÜ100 29.

Támogatott indikációk:

- Rosszindulatú daganatos megbetegedéshez (heretumor, emlődaganat, tüdődaganat, malignus lymphoma, myeloma multiplex, ovarium-tumor) társuló, tünetekkel járó, nem kuratív célú kemoterápiával összefüggő anaemia kezelése - az alkalmazott készítmény jóváhagyott indikációinak figyelembevételével - megfelelő étrend-kiegészítés és szükség esetén parenterális vaspótlás mellett a hemoglobin (Hgb) szint < 10 g/dl a kemoterápia befejezését követő negyedik hétig, amennyiben a hemoglobin szint a 12 g/dl értéket meghaladja, vagy a kezelés nyolcadik hetére a hemoglobinszint emelkedése a kiindulási értékhez képest < 1 g/dl, és a retikulocitaszám 40 000 sejt/mikroliter alatt marad, az ESA (erythropoiesis stimulating agent) kezelést meg kell szakítani - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Fekvőbeteg gyógyintézeti háttérrel rendelkező járóbeteg szakr.	Haematológia	írhat
Fekvőbeteg gyógyintézeti háttérrel rendelkező járóbeteg szakr.	Klinikai onkológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BINOCRIT 10000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x1,0ml előretöltött fecsekendőben	EU/1/07/410/016

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BINOCRIT 30000 NE/0,75 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,75ml előretöltött fecskendőben +bizt.tűvédővel	EU/1/07/410/049
- BINOCRIT 40000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x1,0ml előretöltött fecskendőben	EU/1/07/410/025
- BINOCRIT 40000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x1,0ml előretöltött fecskendőben +bizt.tűvédővel	EU/1/07/410/051
- EPORATIO 10000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x1ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszköz nélkül	EU/1/09/573/015
- EPORATIO 20000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4x1ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszköz nélkül	EU/1/09/573/019
- EPORATIO 30000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4x1ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszköz nélkül	EU/1/09/573/025
- RETACRIT 10000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x előretöltött fecskendőben	EU/1/07/431/016
- RETACRIT 20000 NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	EU/1/07/431/017
- RETACRIT 30000 NE/0,75 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	EU/1/07/431/018
- RETACRIT 40000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x előretöltött fecskendőben	EU/1/07/431/019
- RETACRIT 40000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4x előretöltött fecskendőben	EU/1/07/431/024

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C34, C50, C56, C57, C62, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91

EÜ100 30/a.

Támogatott indikációk:

- Dializált beteg részére, ha lágyszűzmeszesedése, 1,86 mmol/l-nál magasabb foszfor szintje, 2,5 mmol/l-nél magasabb korrigált kalcium szintje, 4,4 mmol/l2-nél magasabb a kalcium és foszfor szorzata, 150-300 pg/ml közötti intakt parathormon szintje van, a csontanyagcsere-zavar, illetve életet veszélyeztető lágyszűzmeszesedés megelőzésére

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Nephrológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FOSRENOL 1000 MG RÁGÓTABLETTA	90x hdpe tartályban	OGYI-T-20336/04
- FOSRENOL 500 MG RÁGÓTABLETTA	90x hdpe tartályban	OGYI-T-20336/02
- RENVELA 2,4 G POR BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	60x tasakban	EU/1/09/521/006
- RENVELA 800 MG FILMTABLETTA	180x hdpe tartályban (külső doboz nélkül)	EU/1/09/521/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): Z491

EÜ100 31/a.**Támogatott indikációk:**

- A felnőttkori idiopátiás pulmonalis arteriás hipertónia (IPAH) perzisztáló NYHA/WHO III-as funkcionális stádiumú eseteiben és sclerodermában kialakuló pulmonalis arteriás hipertóniában előzetesen szupportív szerekkel (antikoagulánssal, diuretikummal, digoxinnal) kezelt, vazoreaktivitást vazodilatátor tesztel nem mutató, vagy vazoreaktív, de kalcium csatorna-blokkoló kezelésre nem reagáló eseteiben

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Kardiológia	írhat
Kijelölt intézmény	Tüdőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- REVATIO 20 MG FILMTABLETTA	90x	EU/1/05/318/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): I2700, J991

EÜ100 31/b.**Támogatott indikációk:**

- A felnőttkori idiopátiás pulmonalis arteriás hipertónia (IPAH) perzisztáló NYHA/WHO III-as funkcionális stádiumú eseteiben és sclerodermában kialakuló pulmonalis arteriás hipertóniában, amennyiben a sildenafil 3 hónapos alkalmazása (3x20 mg) során nem érték el a megfelelő terápiás hatást, a remisszió fennállásáig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Kardiológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TRACLEER 125 MG FILMTABLETTA	56x buborékcsomagolásban	EU/1/02/220/004
- TRACLEER 62,5 MG FILMTABLETTA	56x buborékcsomagolásban	EU/1/02/220/002
- VOLIBRIS 10 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	EU/1/08/451/004
- VOLIBRIS 5 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsomagolásban	EU/1/08/451/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): I2700, M3480

EÜ100 31/c.**Támogatott indikációk:**

- Idiopátiás pulmonalis arteriás hipertónia (IPAH) perzisztáló NYHA/WHO III-as funkcionális stádiumú eseteiben és sclerodermában kialakuló pulmonalis arteriás hipertóniában előzetesen szupportív szerekkel (antikoagulánssal, diuretikummal, digoxinnal) kezelt, vazoreaktivitást vazodilatátor tesztel nem mutató, vagy vazoreaktív, de kalcium csatorna-blokkoló kezelésre nem reagáló eseteiben, 12-18 éves kor között a remisszió fennállásáig
- Veszélyeztetett, a szisztémás keringés felől a pulmonális keringés felé irányuló sönthöz és Eisenmenger szindrómához társuló pulmonalis artériás hipertónia NYHA/WHO III-as funkcionális stádiumú eseteiben 12 éves kor felett a remisszió fennállásáig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Kardiológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TRACLEER 125 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	EU/1/02/220/004
- TRACLEER 62,5 MG FILMTABLETTA	56x buboréksomagolásban	EU/1/02/220/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): I2700, M3480, Q2180

EÜ100 31/d.

Támogatott indikációk:

- Felnőttkori idiopátiás pulmonalis arteriás hipertóniában (IPAH) szenvedő betegek részére, amennyiben legalább 3 hónapos sildenafil alkalmazás, majd ezt követő legalább 3 hónapos bosentan kezelés során a terápiás válasz nem volt megfelelő (perzisztáló NYHA/WHO III-as funkcionális stádiumú IPAH), a felsorolt két hatóanyag helyett a kedvező terápiás hatás fennállásáig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Kardiológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- VENTAVIS 10 MIKROGRAMM/ML INHALÁCIÓS OLDAT	168x	EU/1/03/255/005

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): I2700

EÜ100 32.

Támogatott indikációk:

- Essentialis thrombocytaemia kezelésére, ha más kezeléssel nem érhető el a megfelelő thrombocytaszám-csökkenés, vagy gyógyszer okozta súlyos mellékhatás (lábszárfekély, bőrfekély), vagy túlérzékenység jelentkezik

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- THROMBOREDUCTIN 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x hdpe tartályban	OGYI-T-09545/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D4730

EÜ100 33.**Támogatott indikációk:**

- Krónikus veseelégtelenség mellett fellépő táplálkozási fehérjehiány esetén, amennyiben a GFR 25 ml/perc értéknél kevesebb, és az előírt fehérjebevitel maximum napi 40g, a diéta kiegészítéseként

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- KETOSTERIL FILMTABLETTA	100x buboréksomagolásban	OGYI-T-04359/01
- KETOSTERIL FILMTABLETTA	300x buboréksomagolásban	OGYI-T-04359/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): N18, N19

EÜ100 34/a.**Támogatott indikációk:**

- McDonald kritériumok által meghatározott, 18 év felett, relapszáló-remittáló sclerosis multiplexben, amennyiben a terápia szándékolt megkezdése előtt - a gyógyszer alkalmazási előírása szerint - két vagy három éven belül legalább két dokumentált, jelentős klinikai relapszus volt igazolható, és állapota a Kiterjesztett Rokkantsági Skálán (EDSS) kevesebb mint 5,5 (segítség nélkül legalább 100 m a járástávolság)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Neurológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AVONEX 30 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ (BIO-SET TARTOZÉKKAL)	1x4adag üvegben	EU/1/97/033/002
- AVONEX 30 MIKROGRAMM/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	4x előretöltött fecskendőben +4 tű	EU/1/97/033/003
- AVONEX 30 MIKROGRAMM/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4x előretöltött injekciós tollban +4 tű+4 védőkupak	EU/1/97/033/005
- BETA FERON 0,25 MG/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	12x injekciós üvegben +12x(1 db előre töltött fecskendő+1 db tűvel felszerelt adapter+2 db alkoholos törölő)	EU/1/95/003/008
- BETA FERON 0,25 MG/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x injekciós üvegben +15x(1 db előre töltött fecskendő+1 db tűvel felszerelt adapter+2 db alkoholos törölő)	EU/1/95/003/005
- BETA FERON 0,25 MG/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x porüveg +15x oldószert tartalmazó előretöltött fecskendő	EU/1/95/003/003
- COPAXONE 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	28x1ml előretöltött fecskendőben	OGYI-T-09993/01
- EXTAVIA 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x injekciós üvegben	EU/1/08/454/002

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- REBIF 44 MIKROGRAMM/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	4x patronban	EU/1/98/063/009

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): G35

EÜ100 34/b.

Támogatott indikációk:

- Relapszusokkal járó, szekunder progresszív formájú sclerosis multiplex, 18 év felett, amennyiben a neurológiai tünetek progressziója észlelhető, és az elmúlt két évben legalább kettő, mozgáskorlátozottságot okozó dokumentált relapszus volt igazolható és a járástávolság legalább 10 m

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Neurológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BETAHERON 0,25 MG/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	12x injekciós üvegben +12x(1 db előre töltött fecskendő+1 db tűvel felszerelt adapter+2 db alkoholos törölő)	EU/1/95/003/008
- BETAHERON 0,25 MG/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x injekciós üvegben +15x(1 db előre töltött fecskendő+1 db tűvel felszerelt adapter+2 db alkoholos törölő)	EU/1/95/003/005
- BETAHERON 0,25 MG/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x porüveg +15x oldószert tartalmazó előretöltött fecskendő	EU/1/95/003/003
- EXTAVIA 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x injekciós üvegben	EU/1/08/454/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): G35

EÜ100 35.

Támogatott indikációk:

- Auxológiai, biokémiai és radiológiai vizsgálattal igazolt, és kétféle GH provokációs teszttel (a csúcskoncentráció 10 ng/ml, azaz 30 mE/l alatt van) megerősített gyermekkori GH-hiány kezelése a gyermek végső magasságának eléréséig (csontkor), vagy a kezelésre adott nem megfelelő válaszig (egy év alatt kevesebb mint 2 cm növekedés)
- Kromoszóma-vizsgálattal vagy molekuláris genetikai vizsgálattal (FISH) igazolt Turner-szindróma kezelése a gyermek végső magasságának eléréséig (csontkor), vagy a kezelésre adott nem megfelelő válaszig (egy év alatt kevesebb, mint 2 cm növekedés)
- Operált craniopharyngeomás gyermek kezelése a gyermek végső magasságának eléréséig (csontkor), vagy a kezelésre adott nem megfelelő válaszig (egy év alatt kevesebb, mint 2 cm növekedés)
- Pubertás kor előtt, optimalizált táplálkozási és anyagcsere státusz mellett fennálló krónikus veseelégtelenséggel összefüggő növekedési zavar kezelése a vese-transzplantáció elvégzéséig, vagy a gyermek végső magasságának eléréséig (csontkor), vagy a kezelésre adott nem megfelelő válaszig (egy év alatt kevesebb, mint 2 cm növekedés)
- Felnőttkorban (>18 éves életkor) kórismezett, hypothalamus-hypophysis betegség, vagy annak kezelése következtében létrejövő súlyos GH hiányban szenvedő beteg részére, amennyiben provokációs tesztekkel (inzulin hypoglikémiás teszt, arginin teszt, arginin-GHRH teszt, glucagon teszt) 3 ng/ml (<3mcg/l) alatti szérum GH csúcskoncentráció igazolható (GH hiány mellett - prolactint leszámítva - még legalább egy hypophysis mellsőlebensy hormon-elégtelenség kimutatható, vagy gyermekkorban kezdődő GH-hiány újraértékelése esetén egy provokációs teszt, felnőttkori izolált GH-hiány esetén második stimulációs teszt elvégzése szükséges) és a GH-hiányhoz társuló egyéb hypophysis hormonhiány pótlása megkezdődött (a kortizol, illetve a nemi hormonok adagjának stabilizálása három, a tiroxin adagjának stabilizálása egy hónappal a GH kezelés megkezdése előtt szükséges)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Endokrinológia	írhat
Kijelölt intézmény	Nephrológia	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- GENOTROPIN 12 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x kétrekeszes patronban	OGYI-T-02050/02
- GENOTROPIN 12 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	5x kétrekeszes patronban	OGYI-T-02050/03
- GENOTROPIN 5,3 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	5x kétrekeszes patronban	OGYI-T-02050/01
- HUMATROPE 18 NE (6 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	1x patronban +1x3,15 ml oldószer fecskendőben	OGYI-T-05243/01
- HUMATROPE 18 NE (6 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	5x patronban +5x3,15 ml oldószer fecskendőben	OGYI-T-05243/02
- HUMATROPE 36 NE (12 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	1x patronban +1x3,15 ml oldószer fecskendőben	OGYI-T-05243/03
- HUMATROPE 36 NE (12 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	5x patronban +5x3,15 ml oldószer fecskendőben	OGYI-T-05243/04
- HUMATROPE 72 NE (24 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	1x patronban +1x3,15 ml oldószer fecskendőben	OGYI-T-05243/05
- NORDITROPIN SIMPLEXX 10 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x1,5ml patronban	OGYI-T-07700/03
- NORDITROPIN SIMPLEXX 10 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1,5ml patronban	OGYI-T-07700/04
- NORDITROPIN SIMPLEXX 15 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x1,5ml patronban	OGYI-T-07700/05
- NORDITROPIN SIMPLEXX 15 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1,5ml patronban	OGYI-T-07700/06
- NORDITROPIN SIMPLEXX 5 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x1,5ml patronban	OGYI-T-07700/01
- NORDITROPIN SIMPLEXX 5 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1,5ml patronban	OGYI-T-07700/02
- NUTROPINAQ 10 MG/2 ML (30 NE) OLDATOS INJEKCIÓ	1x2ml patronban	EU/1/00/164/003
- NUTROPINAQ 10 MG/2 ML (30 NE) OLDATOS INJEKCIÓ	3x2ml patronban	EU/1/00/164/004
- OMNITROPE 10 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	1x1,5ml patronban	EU/1/06/332/007
- OMNITROPE 10 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x1,5ml patronban	EU/1/06/332/008
- OMNITROPE 5 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	1x1,5ml patronban	EU/1/06/332/004
- OMNITROPE 5 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x1,5ml patronban	EU/1/06/332/005
- SAIZEN CLICK.EASY 8 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x porüveg + oldószeres patron + "click.easy" feloldó eszköz	OGYI-T-07358/01
- SAIZEN 5,83 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x1,03ml patronban	OGYI-T-07358/03
- SAIZEN 8 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x1,5ml patronban	OGYI-T-07358/05
- SAIZEN 8 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x2,5ml patronban	OGYI-T-07358/07

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D3530, E23, E8930, N18, N19, Q96

EÜ100 36/a.

Támogatott indikációk:

- Philadelphia kromoszóma (bcr-abl átrendeződés) pozitív (Ph+) krónikus myeloid leukaemia (CML) kezelésére - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- GLIVEC 100 MG FILMTABLETTA	120x	EU/1/01/198/011
- GLIVEC 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x	EU/1/01/198/005
- GLIVEC 400 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/01/198/010

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C9210

EÜ100 36/b.

Támogatott indikációk:

- Philadelphia kromoszóma (bcr-abl átrendeződés) pozitív (Ph+) krónikus myeloid leukaemia (CML) másodvonalbeli kezelésére - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- SPRYCEL 100 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	EU/1/06/363/010
- SPRYCEL 140 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	EU/1/06/363/014
- SPRYCEL 50 MG FILMTABLETTA	60x hdpe palackban	EU/1/06/363/002
- SPRYCEL 70 MG FILMTABLETTA	60x hdpe palackban	EU/1/06/363/003
- TASIGNA 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	112x	EU/1/07/422/008
- TASIGNA 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	112x buborékcsomagolásban (pvc/pvdc/al)	EU/1/07/422/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C9210

EÜ100 36/c.

Támogatott indikációk:

- Újonnan diagnosztizált Philadelphia kromoszóma pozitív (Ph+) akut lymphoblastos leukémiás (ALL) felnőtt beteg kezelése kemoterápiával kiegészítve a betegség progressziójáig
- Recidivált vagy refrakter Ph+ ALL-es felnőtt beteg kezelésére monoterápiában a betegség progressziójáig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- GLIVEC 100 MG FILMTABLETTA	120x	EU/1/01/198/011
- GLIVEC 400 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/01/198/010

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C9100

EÜ100 37/a.

Támogatott indikációk:

- Gastrointestinális stromából kiinduló (GIST), nem rezekálható vagy metasztatikus malignus tumorok kezelése, amennyiben az EÜ100 8/t. pont szerinti (c-kit mutáció meghatározás) molekuláris diagnosztikai vizsgálat eredményeinek ismeretében az imatinib kezeléssel szemben bizonyítottan rezisztencia vagy intolerancia áll fenn

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- SUTENT 12,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x hdpe palackban	EU/1/06/347/001
- SUTENT 25 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x hdpe palackban	EU/1/06/347/002
- SUTENT 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x hdpe palackban	EU/1/06/347/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C15, C16, C17, C18, C19, C20, C21, C22, C23, C24, C25, C26

EÜ100 37/b.

Támogatott indikációk:

- Metasztatizáló vesesejtes karcinóma (MRCC) kezelésére a folyamat WHO kritériumok szerint definiált progressziójáig - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat
Kijelölt intézmény	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- SUTENT 12,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x hdpe palackban	EU/1/06/347/001
- SUTENT 25 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x hdpe palackban	EU/1/06/347/002
- SUTENT 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x hdpe palackban	EU/1/06/347/003
- TORISEL 30 MG KONCENTRÁTUM ÉS HÍGÍTÓOLDAT OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x injekciós üvegben	EU/1/07/424/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C64

EÜ100 37/c.**Támogatott indikációk:**

- Metasztatizáló vesesejtes karcinóma (MRCC) kezelésére - interferon vagy IL-2 kezelést követően, a folyamat WHO kritériumok szerint definiált progressziójáig - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat
Kijelölt intézmény	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NEXAVAR 200 MG FILMTABLETTA	112x	EU/1/06/342/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C64**EÜ100 38/a.****Támogatott indikációk:**

- Krónikus vastúlterhelés, amennyiben transzfúzió okozta haemosiderosis, vagy idiopathiás (primer) haemochromatosis, vagy porphyria cutanea tardaival együttjáró vastúlterhelés áll fenn

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- DESFERAL 0,5 G POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ	10x injekciós üvegben	OGYI-T-01065/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E8010, E8310**EÜ100 38/b.****Támogatott indikációk:**

- Krónikus vastúlterhelés kezelése 6 éves és idősebb, béta-thalassaemia majorban szenvedő betegnek, aki több mint 7 ml/kg/hónap vörösvértest-koncentrátumot kap, amennyiben a deferoxamin-kezelés ellenjavallt vagy elégtelen
- A 2-5 év közötti beteg számára, akinél a vastúlterhelés nem transzfúziós okú, hanem a vérszegénységgel együtt járó tartós haemolysis miatt alakul ki, amennyiben a deferoxamin-kezelés ellenjavallt vagy elégtelen
- A nagy mennyiségű (7 ml/ttkg/hó értéket elérő vagy azt meghaladó) vörösvértest-koncentrátumot igénylő, transzplantációs listára került myelodysplasia (MDS) szindrómás beteg részére, haemosiderosis kivédése céljából, amennyiben a deferoxamin-kezelés ellenjavallt vagy elégtelen

Támogatott indikációk:

- Nemzetközi prognosztikai index alapján kedvező prognózisú (a várható élettartama 3 évnél hosszabb) gyakori transfúziót (7 ml/ttkg/hó értéket elérő vagy azt meghaladó vörösvértest koncentrációt) kapó MDS-ben szenvedő betegek részére, ahol a csontvelői myeloblast arány nem haladhatja meg az 10%-ot, s a cytogenetikai vizsgálat eredménye normális vagy abban kedvező eltérések vannak (nem támogatathatók az 5 és 7 chromosoma vesztéssel járó esetek), a kezelést 2000 ng/ml-es ferritin szint elérésekor lehet elkezdni

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény szakorvosa	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- EXJADE 500 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/06/356/005

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D46, D5610

EÜ100 39/a.

Támogatott indikációk:

- Végstádiumú veseelégtelenség fenntartó dialízisterápiája során kialakult szekunder hyperparathyreosis kezelése, amennyiben a beteg szérum iPTH 500-800 pg/ml között van, és a konvencionális aktív D-vitamin kezelést dokumentáltan meg kellett szakítani a szérum kalciumszint normál szint fölé emelkedése miatt ($\text{Ca} > 2,4 \text{ mmol/l}$) vagy normokalcemia esetén ($\text{Ca} < 2,4 \text{ mmol/l}$), ha a szérum iPTH $> 800 \text{ pg/ml}$ és a mellékpajzsmirigy sebészeti eltávolítása kontraindikált

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Nephrológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ZEMPLAR 1 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	28x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-09951/04
- ZEMPLAR 2 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	28x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-09951/07
- ZEMPLAR 5 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1ml ampulla	OGYI-T-09951/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E2110

EÜ100 39/b.

Támogatott indikációk:

- Végstádiumú veseelégtelenség fenntartó dialízisterápiája során kialakult szekunder hyperparathyreosis kezelése, amennyiben a szérum iPTH 500-800 pg/ml között van, és a szérum $\text{Ca} > 2,4 \text{ mmol/l}$ és a $\text{CaxP} > 4,44 \text{ mmol}^2/\text{l}^2$, vagy a szérum iPTH $> 800 \text{ pg/ml}$ és a mellékpajzsmirigy sebészeti eltávolítása kontraindikált

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Nephrológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- MIMPARA 30 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/04/292/002
- MIMPARA 60 MG FILMTABLETTA	28x buboréksomagolásban	EU/1/04/292/006

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E2110

EÜ100 40.

Támogatott indikációk:

- Lokálisan előrehaladott vagy metasztatikus, adenocarcinoma vagy bronchiolo-alveolaris carcinoma szövettanú, nem-kissejtes tüdőrákban, amennyiben legalább egyféle kemoterápiás kezelés ellenére a WHO-kritériumok szerint értékel progresszió jelentkezik, és a K-ras mutációjának hiánya (vad típus) vagy az EGFR aktiváló mutációja genetikai vizsgálattal igazolt, legfeljebb a WHO-kritériumok szerinti további progresszióig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TARCEVA 100 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/05/311/002
- TARCEVA 150 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/05/311/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C3400, C3410, C3420, C3430, C3480, C3490

EÜ100 41.

Támogatott indikációk:

- Intermedier vagy előrehaladott, barcelónai klasszifikáció szerinti (Barcelona Clinic Cancer Staging Classification - BCLC) B, C stádiumú, szövettanilag igazolt hepatocellularis carcinoma kezelése, jó májfunkció (Child Pugh szerinti A stádiumú) és megfelelő általános állapot (ECOG 0-2) esetén, amennyiben az előzetes lokoregionális terápia nem hoz megfelelő eredményt, vagy a beteg lokoregionális terápiára nem alkalmas, onkológus, intervenciós radiológus, hepatológus és sebész szakorvos dokumentált közös döntése alapján, a WHO-kritériumok szerinti progresszióig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NEXAVAR 200 MG FILMTABLETTA	112x	EU/1/06/342/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C2200

EÜ100 42.

Támogatott indikációk:

- Enyhe és közép súlyos A hemofiliában vagy von Willebrand betegségben, spontán vérzés kezelésére vagy a vérzés megelőzésére kis műtétek esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- OCTOSTIM 1,5 MG/ML OLDATOS ORRSPRAY	1x2,5ml üvegben	OGYI-T-08941/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D6600, D6800

EÜ100 43.

Támogatott indikációk:

- Endokrin tünetekkel járó, előrehaladott stádiumú (inoperabilis, metasztatikus vagy progrediáló) mellékvesekéreg-carcinoma tüneti kezelése kombinációs kemoterápia részeként három hónapig, ezt követően - progressziómentesség esetén - a klinikai remisszió fennállásáig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Endokrinológia	írhat
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- LYSODREN 500 MG TABLETTA	100x	EU/1/04/273/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C7400

EÜ100 50.

Támogatott indikációk:

- Szerzett immunhiányos állapot (HIV/AIDS)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény szakorvosa	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- CELSENTRI 150 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	EU/1/07/418/003
- CELSENTRI 300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	EU/1/07/418/008
- COMBIVIR 150MG/300MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	EU/1/98/058/001
- CRIXIVAN 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	360x	EU/1/96/024/003
- CRIXIVAN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	180x tartályban	EU/1/96/024/005
- EPIVIR 150 MG FILMTABLETTA	60x tartályban	EU/1/96/015/001
- FUZEON 90 MG/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	60x	EU/1/03/252/001

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
új - INTELENCE 100 MG TABLETTA	120x hdpe tartályban	EU/1/08/468/001
- INTELENCE 200 MG TABLETTA	60x hdpe tartályban	EU/1/08/468/002
- INVIRASE 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	270x tartályban	EU/1/96/026/001
- ISENTRESS 400 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/07/436/001
- KALETRA 200 MG/50 MG FILMTABLETTA	120x hdpe tartályban	EU/1/01/172/004
- KIVEXA 600 MG/300 MG FILMTABLETTA	30x buboréksomagolásban	EU/1/04/298/002
- LAMIVUDINE TEVA PHARMA B.V. 150 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	EU/1/09/596/003
- LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE TEVA 150 MG/300 MG FILMTABLETTA	60x buboréksomagolásban	EU/1/10/663/001
- NEVIRAPINE TEVA 200 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban (pvc/pe/pvdc/al)	EU/1/09/598/001
- NORVIR 100 MG FILMTABLETTA	3x30 hdpe tartályban	EU/1/96/016/007
- PREZISTA 300 MG FILMTABLETTA	120x tartályban	EU/1/06/380/001
- PREZISTA 400 MG FILMTABLETTA	60x hdpe tartályban	EU/1/06/380/003
- PREZISTA 600 MG FILMTABLETTA	60x hdpe tartályban	EU/1/06/380/002
- REYATAZ 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	EU/1/03/267/004
- REYATAZ 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x buboréksomagolásban	EU/1/03/267/006
- REYATAZ 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x hdpe palackban	EU/1/03/267/008
- STOCRIN 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	90x hdpe palackban	EU/1/99/111/003
- STOCRIN 600 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	EU/1/99/111/008
- TELZIR 700 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/04/282/001
- VIDEX EC 250 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09062/01
- VIDEX EC 400 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	30x buboréksomagolásban	OGYI-T-09062/03
- VIRAMUNE 200 MG TABLETTA	60x buboréksomagolásban	EU/1/97/055/001
- VIRAMUNE 400 MG RETARD TABLETTA	30x buboréksomagolásban	EU/1/97/055/008
- VIREAD 245 MG FILMTABLETTA	30x hdpe tartályban	EU/1/01/200/001
- ZERIT 30 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x buboréksomagolásban	EU/1/96/009/006
- ZERIT 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x buboréksomagolásban	EU/1/96/009/008
- ZIAGEN 300 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/99/112/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): B20, B21, B22, B23, B24, Z21

EÜ100 51.

Támogatott indikációk:

- Újonnan diagnosztizált, glioblastoma multiforme (RPA III-IV.), (KPS>70) sebészeti beavatkozást követően, vagy inoperabilitás esetén sebészeti beavatkozás nélkül
- Progrediáló malignus gliomákban (glioblastoma multiforme RPA III-IV., anaplasztikus astrocytoma, oligodendroglioma, oligo-astrocytoma Grade III.) (KPS>70) standard kezelést (sebészeti, radio- és kemoterápia) követően képalkotó eljárással igazolt recidíva, illetve progresszió esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Patológia	javasolhat
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	javaslatra írhat
Kijelölt intézmény	Sugárterápia	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- BLASTOMAT 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x hdpe tartályban	OGYI-T-22337/04
- BLASTOMAT 140 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x hdpe tartályban	OGYI-T-22337/07
- BLASTOMAT 180 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x hdpe tartályban	OGYI-T-22337/10
- BLASTOMAT 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x hdpe tartályban	OGYI-T-22337/01
- BLASTOMAT 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x hdpe tartályban	OGYI-T-22337/13
- TEMODAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1 tasakban	EU/1/98/096/015
- TEMODAL 140 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1 tasakban	EU/1/98/096/017
- TEMODAL 180 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1 tasakban	EU/1/98/096/019
- TEMODAL 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1 tasakban	EU/1/98/096/013
- TEMODAL 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1 tasakban	EU/1/98/096/021
- TEMOSTAD 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üvegben	OGYI-T-21543/05
- TEMOSTAD 140 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üvegben	OGYI-T-21543/07
- TEMOSTAD 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üvegben	OGYI-T-21543/03
- TEMOSTAD 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üvegben	OGYI-T-21543/11
- TEMOZOLOMIDE SANDOZ 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üvegpalackban	EU/1/10/617/009
- TEMOZOLOMIDE SANDOZ 140 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üvegpalackban	EU/1/10/617/013
- TEMOZOLOMIDE SANDOZ 180 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üvegpalackban	EU/1/10/617/017
- TEMOZOLOMIDE SANDOZ 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üvegpalackban	EU/1/10/617/005
- TEMOZOLOMIDE SANDOZ 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üvegpalackban	EU/1/10/617/021
- TEMOZOLOMIDE SUN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x	EU/1/11/697/05
- TEMOZOLOMIDE SUN 140 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x	EU/1/11/697/07
- TEMOZOLOMIDE SUN 180 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x	EU/1/11/697/09
- TEMOZOLOMIDE SUN 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x	EU/1/11/697/03
- TEMOZOLOMIDE SUN 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x	EU/1/11/697/11
- TEMOZOLOMIDE TEVA 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üveg tartályban	EU/1/09/606/005
- TEMOZOLOMIDE TEVA 140 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üveg tartályban	EU/1/09/606/007
- TEMOZOLOMIDE TEVA 180 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üveg tartályban	EU/1/09/606/009
- TEMOZOLOMIDE TEVA 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üveg tartályban	EU/1/09/606/003
- TEMOZOLOMIDE TEVA 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x üveg tartályban	EU/1/09/606/011

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C7100, C7110, C7120, C7130, C7140, C7150, C7160, C7170, C7180

EÜ100 52.**Támogatott indikációk:**

- Másodvonalban alkalmazott gyógyszeres terápiára rezisztens (rohamszám-redukció 50% alatt) 1-14 év közötti epilepsziás gyermekek ketogen diétájának bevezetésére, folyamatos szakorvosi és dietetikus szakember általi kontroll mellett, amennyiben egy hónapos terápiát követő kontrollvizsgálat már igazolja a hatásosságot és három hónapos terápiát követően a rohamszám-redukció 50% felett van, legfeljebb két évig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Gyermekneurológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- KETOCAL ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI SPECIÁLIS GYÓGYÁSZATI CÉLRA SZÁNT TÁPSZER	1x300 g	587
- KETOCAL VANÍLIA ÍZŰ SPECIÁLIS GYÓGYÁSZATI CÉLRA SZÁNT TÁPSZER	1x300 g	588

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E7400, E7440, F8030, G4030, G4040, G4050

EÜ100 53.**Támogatott indikációk:**

- Nagyon aktív relapszáló-remittáló sclerosis multiplex kezelésére monoterápiában, amennyiben a betegek az alkalmazott immunmoduláns kezelésre nem megfelelően reagálnak (a natalizumab kezelést megelőző 1 évben legalább 1 shubbal, friss MRI felvételen legalább 9 T-hyperintenzív lézió vagy 1-nél több Gd halmozódással járó lézió meglétével jellemezhető a betegség aktivitása), rendszeres szakorvosi ellenőrzés mellett (PML-gyanú, neutralizáló antitestek megjelenése és perzisztálása, májfunkció ellenőrzése, hyperszenzitivitás), a secunder progresszív forma kialakulásáig
- Sclerosis multiplex kezelésére monoterápiában, ha a betegség kezdettől gyors és súlyos lefolyású (2 vagy több funkcióvesztést okozó relapszus fordult elő egy év alatt és friss MRI felvételen 1-nél több Gd dúsulással járó lézió vagy megnövekedett T2 góctérfogat), rendszeres szakorvosi ellenőrzés mellett (PML-gyanú, neutralizáló antitestek megjelenése és perzisztálása, májfunkció ellenőrzése, hyperszenzitivitás), a secunder progresszív forma kialakulásáig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Neurológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- TYSABRI 300 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x15ml	EU/1/06/346/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G35H0

EÜ100 55.**Támogatott indikációk:**

- Súlyos tünetekkel járó (vérvizelés, súlyos vizeleti panaszok, klinikailag bizonyítottan az alapbetegséggel összefüggő csontfájdalmak), lokálisan előrehaladott vagy áttétes hormondependens prostatarák kezelésére (Gleason score: ? 3-4, TNM klasszifikáció: N0-1, M0-1) onkoteam (urológus, klinikai onkológus, sugárterápiás szakorvos) dokumentált javaslata alapján, egyidejű antiandrogén terápia mellőzésével
- Hormondependens prostatarák sugárterápiája esetén adjuvans és neoadjuvans formában onkoteam (urológus, klinikai onkológus, sugárterápiás szakorvos) dokumentált javaslata alapján, egyidejű antiandrogén terápia mellőzésével

Támogatott indikációk:

- Radikális prostatectomiát követő relapsusok kezelésére onkoteam (urológus, klinikai onkológus, sugárterápiás szakorvos) dokumentált javaslata alapján, egyidejű antiandrogén terápia mellőzésével

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugárterápia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- FIRMAGON 120 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	2x injekciós üvegben	EU/1/08/504/002
- FIRMAGON 80 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x	EU/1/08/504/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C61

EÜ100 56.

Támogatott indikációk:

- Súlyos, krónikus immun (idiopátiás) trombocytopeniás purpurában (ITP) (BNO D6930) szenvedő felnőtt betegek részére (vérelemzékészám 30x10⁹/l alatt van és fokozott a vérzési rizikó), ha a korábbi gyógyszeres (pl.: kortikoszteroidokkal vagy immunglobulinnal végzett) terápiára tartósan nem reagált és azt követő splenectomiára refrakterré vált vagy ha a splenectomia dokumentáltan (hematológus-sebész-aneszteziológus team véleménye alapján) ellenjavallt, a kezelést fel kell függeszteni, ha a vérelemzékészám négyheti, maximális adag alkalmazása mellett sem éri el a klinikailag jelentős vérzés elkerüléséhez szükséges szintet

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- NPLATE 250 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x	EU/1/08/497/005
- NPLATE 250 MIKROGRAMM POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x	EU/1/08/497/001
- REVOLADE 25 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsomagolásban	EU/1/10/612/002
- REVOLADE 50 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsomagolásban	EU/1/10/612/005

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D6930