

***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***

**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                                   | Kiszerelés                              | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| - ARICEPT 5 MG FILMTABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al) | OGYI-T-06059/01  |
| - DONECEPT 10 MG FILMTABLETTA                | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20590/05  |
| - DONECEPT 5 MG FILMTABLETTA                 | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20590/02  |
| - DONECTIL 10 MG FILMTABLETTA                | 28x                                     | OGYI-T-20599/06  |
| - DONECTIL 5 MG FILMTABLETTA                 | 28x                                     | OGYI-T-20599/02  |
| - DONEPEZIL ACCORD 10 MG FILMTABLETTA        | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-21346/12  |
| - DONEPEZIL BLUEFISH 10 MG FILMTABLETTA      | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/alu) | OGYI-T-21375/02  |
| - DONEPEZIL BLUEFISH 5 MG FILMTABLETTA       | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/alu) | OGYI-T-21375/01  |
| - 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<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20852/02  |
| - DONEPEZIL STADA 5 MG FILMTABLETTA          | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20852/01  |
| - DONEPEZIL-TEVA 10 MG FILMTABLETTA          | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20723/02  |
| - DONEPEZIL-TEVA 5 MG FILMTABLETTA           | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20723/01  |
| - DONESYN 10 MG FILMTABLETTA                 | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20699/02  |
| - DONESYN 5 MG FILMTABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20699/01  |
| - EXELON 3 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 28x<br>buboréksomagolásban              | EU/1/98/066/004  |
| - EXELON 4,5 MG KEMÉNY KAPSZULA              | 28x<br>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<br>buboréksomagolásban              | EU/1/98/066/010  |
| - EXELON 9,5 MG/24 ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ | 30x                                     | EU/1/98/066/024  |
| - PALIXID 10 MG FILMTABLETTA                 | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20542/02  |

| Termék név                  | Kiszerelés                 | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------|----------------------------|------------------|
| - PALIXID 5 MG FILMTABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20542/01  |

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

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 érvényessége ideje 12 hónap.

| Termék név                                    | Kiszerelés                                | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|
| - EBIXA 5 MG/KIPUMPÁLT ADAG, BELSŐLEGES OLDAT | 1x50g                                     | EU/1/02/219/005  |
| - MEMANTIN STADA 10 MG FILMTABLETTA           | 28 x<br>buboréksomagolásban               | OGYI-T-22542/03  |
| - MEMANTIN STADA 10 MG FILMTABLETTA           | 56x<br>buboréksomagolásban                | OGYI-T-22542/07  |
| - MEMANTINE RANBAXY 10 MG FILMTABLETTA        | 56x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pvdc/al | OGYI-T-22536/09  |
| új - MEMANTINE VIPHARM 10 MG FILMTABLETTA     | 28x                                       | OGYI-T-22678/01  |
| új - MEMANTINE VIPHARM 10 MG FILMTABLETTA     | 56x                                       | OGYI-T-22678/02  |
| új - MEMANTINE VIPHARM 20 MG FILMTABLETTA     | 28x                                       | OGYI-T-22678/04  |
| - MIRVEDOL 10 MG FILMTABLETTA                 | 30x<br>buboréksomagolásban                | OGYI-T-22500/02  |
| - MIRVEDOL 10 MG FILMTABLETTA                 | 60x<br>buboréksomagolásban                | OGYI-T-22500/04  |
| - NEMDATINE 10 MG FILMTABLETTA                | 28x<br>buboréksomagolásban                | EU/1/13/824/003  |
| - NEMDATINE 10 MG FILMTABLETTA                | 56x<br>buboréksomagolásban                | EU/1/13/824/007  |

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       |

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

| Munkahely                                      | Szakképesítés   | Jogosultság |
|------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| 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  |
| - 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 kezdődő 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<sub>1c</sub><7.0%) nem volt elérhető.

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                                                                        | Kiszerelés                           | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| - LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR) | 5x3ml előretöltött injekciós tollban | EU/1/00/134/033  |

| Termék név                                                   | Kiszerelés | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------------------|------------|------------------|
| - 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 kezdődő kódot): E11

EÜ50 6/b.

**Támogatott indikációk:**

- Dokumentált 2-es típusú cukorbetegség esetén, amennyiben diétával, testsúly-csökkenéssel, életmódváltoztatással és metformin terápiával, legalább 3 hónapig tartó alkalmazása ellenére a megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartás (HbA<sub>1c</sub><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<br>buborékcsomagolásban | 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<sub>1c</sub><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                 | Kiszerezés | 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 kezdődő kódot):** E11

**EÜ50 6/d.**

**Támogatott indikációk:**

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 6 hónap.

| Termék név                                                                        | Kiszerezés                           | 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                                     | 2x5x3ml                              | EU/1/96/007/023  |
| - 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 kezdődő 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                                 | Kiszerezés                  | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| - EGIFILIN 200 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA   | 2x10<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04806/01  |
| - EGIFILIN 300 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA   | 20x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-04807/01  |
| - EGIFILIN 50 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA    | 2x10<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04804/01  |
| - EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA         | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-05991/02  |
| - EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA         | 50x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-05991/01  |
| - EUPHYLONG 200 MG OLDATOS INJEKCIÓ        | 5x10ml                      | OGYI-T-05991/07  |
| - EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA         | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-05991/04  |
| - EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA         | 50x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-05991/03  |
| - EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA         | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-05991/06  |
| - EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA         | 50x<br>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 ampulla              | 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 gyógyszert 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                               | Kiszerezés                  | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| - EGIFILIN 200 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA | 2x10<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04806/01  |
| - EGIFILIN 300 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA | 20x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-04807/01  |
| - EGIFILIN 50 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA  | 2x10<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04804/01  |
| - EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA       | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-05991/02  |
| - EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA       | 50x<br>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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-05991/04  |
| - EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA         | 50x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-05991/03  |
| - EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA         | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-05991/06  |
| - EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA         | 50x<br>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 ampulla              | OGYI-T-04246/03  |
| - THEOSPIREX 300 MG RETARD FILMTABLETTA    | 50x                         | OGYI-T-04246/02  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-09067/01  |
| - MEZITAN 35 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ FILMTABLETTA      | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-21279/01  |
| - MODUXIN MR 35 MG RETARD TABLETTA                            | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al//pvc)      | OGYI-T-20603/02  |
| - PREDUCTAL MR 35 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08844/01  |
| - TRIMETAZIDINE SANDOZ 35 MG RETARD TABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/aclar/al) | OGYI-T-21756/18  |
| - TRIMETAZIDIN-RATIOPHARM 35 MG RETARD TABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21552/01  |
| - VASCOTASIN 35 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA       | 60x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21590/01  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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<br>buboréksomagolásban                | EU/1/00/150/004  |
| - BYDUREON 2 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ        | 4x1adag<br>porüveg+oldószerüveg           | EU/1/11/696/001  |
| - BYETTA 10 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN | 1x2,4ml előretöltött<br>injekciós tollban | EU/1/06/362/003  |
| - BYETTA 5 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN  | 1x1,2ml előretöltött<br>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<br>buboréksomagolásban                | EU/1/07/425/009  |
| - EUCREAS 50 MG/850 MG FILMTABLETTA                                    | 60x<br>buboréksomagolásban                | EU/1/07/425/003  |
| új - FORXIGA 10 MG FILMTABLETTA                                        | 30x1<br>buboréksomagolásban               | EU/1/12/795/009  |
| - GALVUS 50 MG TABLETTA                                                | 28x<br>buboréksomagolásban                | EU/1/07/414/003  |
| - GALVUS 50 MG TABLETTA                                                | 56x<br>buboréksomagolásban                | EU/1/07/414/005  |
| - JANUMET 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA                                   | 56x                                       | EU/1/08/455/010  |
| - JANUVIA 100 MG FILMTABLETTA                                          | 28x<br>buboréksomagolásban                | EU/1/07/383/014  |
| - JENTADUETO 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA                               | 60x1<br>buboréksomagolásban               | EU/1/12/780/020  |
| - JENTADUETO 2,5 MG/850 MG FILMTABLETTA                                | 60x1<br>buboréksomagolásban               | EU/1/12/780/006  |
| - KOMBOGLYZE 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA                               | 60x<br>buboréksomagolásban                | EU/1/11/731/009  |
| - KOMBOGLYZE 2,5 MG/850 MG FILMTABLETTA                                | 60x<br>buboréksomagolásban                | EU/1/11/731/003  |
| - LYXUMIA 10 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ                               | 1x előretöltött injekciós<br>tollban      | EU/1/12/811/001  |
| - LYXUMIA 20 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ                               | 2x előretöltött injekciós<br>tollban      | EU/1/12/811/003  |

| Termék név                                                           | Kiszerezés                                 | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------|
| - ONGLYZA 5 MG FILMTABLETTA                                          | 30x1<br>buboréksomagolásban<br>(perforált) | EU/1/09/545/009  |
| - TRAJENTA 5 MG FILMTABLETTA                                         | 30x<br>buboréksomagolásban                 | EU/1/11/707/004  |
| - VELMETIA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA                                | 56x                                        | EU/1/08/456/010  |
| - VICTOZA 6 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT<br>INJEKCIÓS TOLLBAN | 2x3ml                                      | EU/1/09/529/002  |
| - VIPDOMET 12,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA                              | 56x<br>buboréksomagolásban                 | EU/1/13/843/017  |
| - VIPIDIA 25 MG FILMTABLETTA                                         | 28x<br>buboréksomagolásban                 | EU/1/13/844/021  |
| - XELEVIA 100 MG FILMTABLETTA                                        | 28x                                        | EU/1/07/382/014  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                  | Kiszerezés        | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------|-------------------|------------------|
| - ASASANTIN RETARD KAPSZULA | 30x pp tartályban | OGYI-T-07491/01  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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       |

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

| Munkahely                                      | Szakképesítés   | Jogosultság         |
|------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| Megkötés nélkül                                | Érsebészeti     | írhat               |
| Megkötés nélkül                                | Kardiológia     | írhat               |
| Megkötés nélkül                                | Neurológia      | írhat               |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Belgyógyászat   | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Érsebészeti     | 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 |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|
| - ACLOTIN 250 MG FILMTABLETTA | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09235/01  |
| - ACLOTIN 250 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09235/02  |
| - IPATON FILMTABLETTA         | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-06824/01  |
| - TICLID 250 MG FILMTABLETTA  | 20x<br>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-responció, valamint ASA adása 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                                | Érsebészeti   | írhat               |
| Megkötés nélkül                                | Kardiológia   | írhat               |
| Megkötés nélkül                                | Neurológia    | írhat               |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Belgyógyászat | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Érsebészeti   | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Kardiológia   | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Neurológia    | 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                                                                   | Kiszerezés                                     | Törzskönyvi szám |
| - ATROMBIN 75 MG FILMTABLETTA                                                | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20865/01  |
| - CLOPIDEP 75 MG FILMTABLETTA                                                | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al/al)          | OGYI-T-21117/04  |
| - CLOPIDOGREL ACTAVIS 75 MG FILMTABLETTA                                     | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al/al)          | OGYI-T-21097/03  |
| - CLOPIDOGREL GSK 75 MG FILMTABLETTA                                         | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21051/01  |
| - CLOPIDOGREL TEVA 75 MG FILMTABLETTA                                        | 30x1<br>buboréksomagolásban                    | EU/1/09/540/012  |
| - CLOPIDOGREL-Q PHARMA 75 MG FILMTABLETTA                                    | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21158/01  |
| - KARDOGREL 75 MG FILMTABLETTA                                               | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20766/02  |
| - KERBERAN 75 MG FILMTABLETTA                                                | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pe/pvdc/al) | OGYI-T-20746/01  |
| - PLAGREL 75 MG FILMTABLETTA                                                 | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20778/01  |
| - TROMBEX PLUS 75 MG+100 MG FILMTABLETTA ÉS<br>GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA | 28x+28x<br>buboréksomagolásban                 | OGYI-T-21732/01  |
| - TROMBEX 75 MG FILMTABLETTA                                                 | 30x<br>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 |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|
| - 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 kezdődő 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 kezdődő 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 | Sugárterápia       | javasolhat és írhat |
| Háziorvos                                      | Megkötés nélkül    | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                                                 | Kiszerelés                              | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| - ANALGESIN FORTE 550 MG FILMTABLETTA                      | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-22359/07  |
| - ANALGESIN 275 MG FILMTABLETTA                            | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-22359/03  |
| - APRANAX 275 MG FILMTABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-03742/01  |
| - APRANAX 550 MG FILMTABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-04030/01  |
| - DICLAC 150 MG RETARD TABLETTA                            | 20x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-04000/06  |
| - DICLOFENAC AL 50 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ<br>FILMTABLETTA | 50x<br>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<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-04194/03  |
| - DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA              | 20x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-04194/01  |
| - DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA              | 50x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-04194/02  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KEMÉNY<br>KAPSZULA   | 10x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-05411/11  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KEMÉNY<br>KAPSZULA   | 20x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-05411/12  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA                 | 100x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-05411/07  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA                 | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-05411/05  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA                 | 50x<br>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<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-03797/01  |
| - NAPMEL 250 MG TABLETTA                                   | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-05595/04  |
| - NAPMEL 500 MG TABLETTA                                   | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-05595/06  |
| - SURGAM 300 MG TABLETTA                                   | 20x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al) | OGYI-T-01546/01  |
| - 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 nagyizületi arthrosis - az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő életkori korlátozások figyelembe vételével, az ott szereplő javallatokban

**Támogatott indikációk:**

- Akut arthritis urica vagy krónikus arthritis urica akut exacerbatioja - az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő életkori korlátozások figyelembe vételével, az ott szereplő javallatokban
- 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 |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - AFLAMIN 100 MG FILMTABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-06689/01  |
| - AFLAMIN 100 MG FILMTABLETTA                              | 60x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-06689/03  |
| - AKLOFEP 100 MG FILMTABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-21742/01  |
| - AKLOFEP 100 MG FILMTABLETTA                              | 60x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-21742/02  |
| - ANALGESIN FORTE 550 MG FILMTABLETTA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-22359/07  |
| - ANALGESIN 275 MG FILMTABLETTA                            | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-22359/03  |
| - APRANAX 275 MG FILMTABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-03742/01  |
| - APRANAX 550 MG FILMTABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04030/01  |
| - CAMELOX 15 MG TABLETTA                                   | 20x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10465/03  |
| - CAMELOX 15 MG TABLETTA                                   | 50x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10465/04  |
| - DELAGIL TABLETTA                                         | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-03213/01  |
| - DICLAC 150 MG RETARD TABLETTA                            | 20x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04000/06  |
| - DICLOFENAC AL 50 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ<br>FILMTABLETTA | 50x<br>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<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-04194/03  |
| - DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA              | 20x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04194/01  |
| - DICLOFENAC STADA 100 MG RETARD FILMTABLETTA              | 50x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04194/02  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KEMÉNY<br>KAPSZULA   | 10x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-05411/11  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KEMÉNY<br>KAPSZULA   | 20x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-05411/12  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA                 | 100x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-05411/07  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA                 | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-05411/05  |
| - DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA                 | 50x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-05411/06  |
| - DICLOFENAC-TEVA 100 MG VÉGBÉLKÚP                         | 10x fóliacsík (al/pe)                         | OGYI-T-04419/01  |

| Termék név                                           | Kiszerezés                              | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| - DONALGIN 250 MG KEMÉNY KAPSZULA                    | 30x pp tartályban                       | OGYI-T-03557/01  |
| - FLEMAC 100 MG FILMTABLETTA                         | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20887/01  |
| - FLEMAC 100 MG FILMTABLETTA                         | 60x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20887/02  |
| - HOTEMIN 20 MG KEMÉNY KAPSZULA                      | 20x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-03797/01  |
| - MELODYN 15 MG TABLETTA                             | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-09794/02  |
| - MELOXAN 15 MG TABLETTA                             | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20053/02  |
| - MELOXEP 15 MG TABLETTA                             | 20x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-10293/01  |
| - MELOXEP 15 MG TABLETTA                             | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-10293/02  |
| - MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA                    | 20x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20079/03  |
| - MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA                    | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20079/05  |
| - MELOXICAM-ZENTIVA 15 MG TABLETTA                   | 20x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20656/04  |
| - MESULID 100 MG TABLETTA                            | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-06459/01  |
| - MESULID 50 MG/G GRANULÁTUM                         | 30x tasakban                            | OGYI-T-06459/02  |
| - MOXICAM 15 MG TABLETTA                             | 20x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-09828/02  |
| - NAPMEL 250 MG TABLETTA                             | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-05595/04  |
| - NAPMEL 500 MG TABLETTA                             | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-05595/06  |
| - NIDOL 100 MG TABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-08265/02  |
| - NIMELID 100 MG TABLETTA                            | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-10442/01  |
| - NOFLAMEN 15 MG TABLETTA                            | 10x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20188/03  |
| - NOFLAMEN 15 MG TABLETTA                            | 20x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20188/04  |
| - SURGAM 300 MG TABLETTA                             | 20x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al) | OGYI-T-01546/01  |
| - TROSICAM 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA      | 20x<br>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 vérékenységekben szenved, vagy antikoaguláns kezelésben részesül (ideértve a salicilát profilaxist is) az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok és kardiovaszkuláris kockázati tényezők figyelembevételével

**Támogatott indikációk:**

- 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 kardiovasculáris kockázati tényezők figyelembevételével
- Súlyos nagyzületi 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 kardiovasculáris kockázati tényezők figyelembevételével

**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                        | Kiszerezés                                            | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------|
| - ACLEXA 200 MG KEMÉNY KAPSZULA   | 20x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-22585/05  |
| - AFLAMIN 100 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-06689/01  |
| - AFLAMIN 100 MG FILMTABLETTA     | 60x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-06689/03  |
| - AKLOFEP 100 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-21742/01  |
| - AKLOFEP 100 MG FILMTABLETTA     | 60x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-21742/02  |
| - ARCOXIA 60 MG FILMTABLETTA      | 14x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc//al)            | OGYI-T-08825/06  |
| - ARCOXIA 60 MG FILMTABLETTA      | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc//al)            | OGYI-T-08825/07  |
| - ARCOXIA 90 MG FILMTABLETTA      | 14x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc//al)            | OGYI-T-08825/08  |
| - ARCOXIA 90 MG FILMTABLETTA      | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc//al)            | OGYI-T-08825/09  |
| - CAMELOX 15 MG TABLETTA          | 20x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-10465/03  |
| - CAMELOX 15 MG TABLETTA          | 50x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-10465/04  |
| - CELEBREX 200 MG KEMÉNY KAPSZULA | 20x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/aclar//alu, clear) | OGYI-T-07288/01  |
| - CELEBREX 200 MG KEMÉNY KAPSZULA | 20x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc10//alu, clear)     | OGYI-T-07288/11  |
| - FLEMAC 100 MG FILMTABLETTA      | 30x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-20887/01  |
| - FLEMAC 100 MG FILMTABLETTA      | 60x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-20887/02  |
| - MELODYN 15 MG TABLETTA          | 30x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-09794/02  |
| - MELOXAN 15 MG TABLETTA          | 30x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-20053/02  |

| Termék név                                           | Kiszerelés                 | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - MELOXEP 15 MG TABLETTA                             | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10293/01  |
| - MELOXEP 15 MG TABLETTA                             | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10293/02  |
| - MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA                    | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20079/03  |
| - MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA                    | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20079/05  |
| - MELOXICAM-ZENTIVA 15 MG TABLETTA                   | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20656/04  |
| - MESULID 100 MG TABLETTA                            | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-06459/01  |
| - MESULID 50 MG/G GRANULÁTUM                         | 30x tasakban               | OGYI-T-06459/02  |
| - MOXICAM 15 MG TABLETTA                             | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09828/02  |
| - NIDOL 100 MG TABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-08265/02  |
| - NIMELID 100 MG TABLETTA                            | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10442/01  |
| - NOFLAMEN 15 MG TABLETTA                            | 10x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20188/03  |
| - NOFLAMEN 15 MG TABLETTA                            | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20188/04  |
| - TROSICAM 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA      | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21525/06  |
| - XILOX 50 MG/G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ | 30x tasakban               | OGYI-T-09791/03  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** M059, M069, 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                          | Kiszerelés          | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------|---------------------|------------------|
| - BÉRES CALCIUM 500 MG FILMTABLETTA | 30x hdpe tartályban | OGYI-T-10054/02  |

| Termék név                                        | Kiszerelés                  | Törzskönyvi szám |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| - BÉRES CALCIUM 500 MG FILMTABLETTA               | 60x hdpe tartályban         | OGYI-T-10054/03  |
| - CITROKALCIUM 100 MG TABLETTA                    | 90x hdpe tartályban         | OGYI-T-07260/08  |
| - CITROKALCIUM 200 MG TABLETTA                    | 50x hdpe tartályban         | OGYI-T-07260/01  |
| - CITROKALCIUM 200 MG TABLETTA                    | 90x hdpe tartályban         | OGYI-T-07260/03  |
| - CITROKALCIUM 300 MG TABLETTA                    | 90x hdpe tartályban         | OGYI-T-07260/10  |
| - 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 PHARMA PATENT 1000 NE FILMTABLETTA   | 30x                         | OGYI-T-22365/02  |
| - VITAMIN D3 PHARMA PATENT 30000 NE FILMTABLETTA  | 1x<br>buboréksomagolásban   | OGYI-T-22365/12  |
| - VITAMIN D3 3000 NE BIOEXTRA LÁGY KAPSZULA       | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-05315/02  |
| - VITAMIN D3 3000 NE BIOEXTRA LÁGY KAPSZULA       | 20x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-05315/01  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 | Szülészeti-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 35 MG FILMTABLETTA               | 4x átlátszó<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-08738/01  |
| - ALENDIS 70 MG TABLETTA                   | 4x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-20241/01  |

| Termék név                                 | Kiszerezés                                                                       | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - ALENDRON HEXAL 70 MG TABLETTA            | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-10398/01  |
| - ALENDRONAT PLIVA 70 MG TABLETTA          | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20438/01  |
| - BONEACT 35 MG FILMTABLETTA               | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20382/01  |
| - CALCISEDON-D FILMTABLETTA                | 28x+4x<br>buboréksomagolásban                                                    | OGYI-T-20189/01  |
| - CALCISEDON-D FILMTABLETTA                | 84x+12x<br>buboréksomagolásban                                                   | OGYI-T-20189/02  |
| - CALCISEDON-D TRIO FILMTABLETTA           | 56x+4x<br>buboréksomagolásban                                                    | OGYI-T-20189/03  |
| - EPOLAR TRIO TABLETTA ÉS RÁGÓTABLETTA     | 4x(tabletta)<br>buboréksomagolásban<br>+56x(rágótabletta) hdpe<br>tartályban     | OGYI-T-21277/01  |
| - EPOLAR 70 MG TABLETTA                    | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20136/01  |
| - FORTIMAX TABLETTA                        | 4x<br>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  |
| - FOSAVANCE 70 MG/5600 NE TABLETTA         | 4x                                                                               | EU/1/05/310/007  |
| - IBANDRONSAV TEVA 150 MG FILMTABLETTA     | 1x<br>buboréksomagolásban                                                        | EU/1/10/642/003  |
| - JUVERITAL 35 MG FILMTABLETTA             | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20945/02  |
| - MASSIDRON 70 MG TABLETTA                 | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20168/01  |
| - NORIFAZ TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA | 4x(filmtabletta)<br>buboréksomagolásban<br>+56x(rágótabletta) hdpe<br>tartályban | OGYI-T-21247/01  |
| - RISEBONE 35 MG FILMTABLETTA              | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20871/03  |
| - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA                | 12x<br>buboréksomagolásban                                                       | OGYI-T-09996/03  |
| - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA                | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-09996/02  |
| - TRABECAN-TEVA 70 MG TABLETTA             | 4x                                                                               | OGYI-T-10612/01  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 nők, amennyiben legalább egy dokumentált kockázati tényezővel (alacsony csontsűrűség vagy törés kockázata) rendelkezik, amennyiben az EÜ70 9/a/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 nők, amennyiben az EÜ70 9/a/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 | Szülészet-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 FECSKENDŐBEN | 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 tűvédős injekciós tűvel | OGYI-T-21489/07  |
| - IBANDRONSAV STADA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ                 | 1x előretöltött fecskendőben +1 db. injekciós tű     | OGYI-T-22109/01  |
| - IBANDRONSAV TEVA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ                  | 1x előretöltött fecskendőben +1 db.inj.tű            | OGYI-T-22131/04  |
| - OSSICA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN  | 1x 5ml előretöltött fecskendőben +1 tolórúd+1 inj.tű | OGYI-T-21128/08  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 |

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

| Munkahely                                           | Szakképesítés           | Jogosultság         |
|-----------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 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    |
| - 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 kezdődő kódot):** M80, M81, M82

**EÜ70 9/b1.**

**Támogatott indikációk:**

- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, 75 év alatti osteoporosissal élő nők (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 gyógyszerert 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    |
| - ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA       | 4x +56x                          | OGYI-T-10478/02     |
| - ACTONEL 35 MG FILMTABLETTA                     | 4x átlátszó buborékcsomagolásban | OGYI-T-08738/01     |
| - ALENDIS 70 MG TABLETTA                         | 4x buborékcsomagolásban          | OGYI-T-20241/01     |
| - ALENDRON HEXAL 70 MG TABLETTA                  | 4x buborékcsomagolásban          | OGYI-T-10398/01     |
| - ALENDRONAT PLIVA 70 MG TABLETTA                | 4x buborékcsomagolásban          | OGYI-T-20438/01     |
| - BONEACT 35 MG FILMTABLETTA                     | 4x buborékcsomagolásban          | OGYI-T-20382/01     |

| Termék név                                 | Kiszerezés                                                                       | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - CALCISEDON-D FILMTABLETTA                | 28x+4x<br>buboréksomagolásban                                                    | OGYI-T-20189/01  |
| - CALCISEDON-D FILMTABLETTA                | 84x+12x<br>buboréksomagolásban                                                   | OGYI-T-20189/02  |
| - CALCISEDON-D TRIO FILMTABLETTA           | 56x+4x<br>buboréksomagolásban                                                    | OGYI-T-20189/03  |
| - EPOLAR TRIO TABLETTA ÉS RÁGÓTABLETTA     | 4x(tabletta)<br>buboréksomagolásban<br>+56x(rágótabletta) hdpe<br>tartályban     | OGYI-T-21277/01  |
| - EPOLAR 70 MG TABLETTA                    | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20136/01  |
| - FORTIMAX TABLETTA                        | 4x<br>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  |
| - FOSAVANCE 70 MG/5600 NE TABLETTA         | 4x                                                                               | EU/1/05/310/007  |
| - IBANDRONSAV TEVA 150 MG FILMTABLETTA     | 1x<br>buboréksomagolásban                                                        | EU/1/10/642/003  |
| - JUVERITAL 35 MG FILMTABLETTA             | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20945/02  |
| - MASSIDRON 70 MG TABLETTA                 | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20168/01  |
| - NORIFAZ TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA | 4x(filmtabletta)<br>buboréksomagolásban<br>+56x(rágótabletta) hdpe<br>tartályban | OGYI-T-21247/01  |
| - RISEBONE 35 MG FILMTABLETTA              | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20871/03  |
| - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA                | 12x<br>buboréksomagolásban                                                       | OGYI-T-09996/03  |
| - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA                | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-09996/02  |
| - TRABECAN-TEVA 70 MG TABLETTA             | 4x                                                                               | OGYI-T-10612/01  |

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

**EÜ70 9/b2.**

**Támogatott indikációk:**

- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, 75 év alatti osteoporosis-sal 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       |

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

| Munkahely                                        | Szakképesítés           | Jogosultság |
|--------------------------------------------------|-------------------------|-------------|
| 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                                                      | Kiszerezés                                           | 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 tűvédős injekciós tűvel | OGYI-T-21489/07  |
| - IBANDRONSAV STADA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ                  | 1x előretöltött fecskendőben +1 db. injekciós tű     | OGYI-T-22109/01  |
| - IBANDRONSAV TEVA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ                   | 1x előretöltött fecskendőben +1 db.inj.tű            | OGYI-T-22131/04  |
| - 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 nők (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 |

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

| Munkahely                                        | Szakképesítés           | Jogosultság         |
|--------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 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 FECSKENDŐBEN | 1x előretöltött fecskendőben (automatikus tűvédővel, buborékcsoomagolásban) | 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  |
| - RALOXIA 60 MG FILMTABLETTA                                 | 28x buborékcsoomagolásban (al/al)                                           | OGYI-T-22420/11  |
| - RALOXIBONE 60 MG FILMTABLETTA                              | 28x buborékcsoomagolásban                                                   | OGYI-T-22588/01  |

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

**EÜ70 9/c1.**

**Támogatott indikációk:**

- Osteoporosisal 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 buborékcsoomagolásban | OGYI-T-08738/01  |
| - BONEACT 35 MG FILMTABLETTA               | 4x buborékcsoomagolásban          | OGYI-T-20382/01  |
| - CALCISEDON-D FILMTABLETTA                | 28x+4x buborékcsoomagolásban      | OGYI-T-20189/01  |
| - CALCISEDON-D FILMTABLETTA                | 84x+12x buborékcsoomagolásban     | OGYI-T-20189/02  |
| - CALCISEDON-D TRIO FILMTABLETTA           | 56x+4x buborékcsoomagolásban      | OGYI-T-20189/03  |

| Termék név                                 | Kiszerelés                                                                       | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - EPOLAR TRIO TABLETTA ÉS RÁGÓTABLETTA     | 4x(tabletta)<br>buboréksomagolásban<br>+56x(rágótabletta) hdpe<br>tartályban     | OGYI-T-21277/01  |
| - EPOLAR 70 MG TABLETTA                    | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20136/01  |
| - JUVERITAL 35 MG FILMTABLETTA             | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20945/02  |
| - MASSIDRON 70 MG TABLETTA                 | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20168/01  |
| - NORIFAZ TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA | 4x(filmtabletta)<br>buboréksomagolásban<br>+56x(rágótabletta) hdpe<br>tartályban | OGYI-T-21247/01  |
| - RISEBONE 35 MG FILMTABLETTA              | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-20871/03  |
| - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA                | 12x<br>buboréksomagolásban                                                       | OGYI-T-09996/03  |
| - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA                | 4x<br>buboréksomagolásban                                                        | OGYI-T-09996/02  |
| - TRABECAN-TEVA 70 MG TABLETTA             | 4x                                                                               | OGYI-T-10612/01  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 kezdődő 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 |

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

| Munkahely                                      | Szakképesítés          | Jogosultság         |
|------------------------------------------------|------------------------|---------------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Gyermekebészet         | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Gyermecktüdőgyógyászat | 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                                               | Kiszerezés             | 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             |
| - FRESUBIN DB CRÉME - CAPPUCINO ÍZŰ KRÉM                 | 4x125 g                | 1586             |
| - FRESUBIN DB CRÉME - ERDEI SZAMÓCA ÍZŰ KRÉM             | 4x125 g                | 1587             |
| - FRESUBIN DB CRÉME - PRALINÉ ÍZŰ KRÉM                   | 4x125 g                | 1588             |
| - FRESUBIN DB CRÉME - VANÍLIA ÍZŰ KRÉM                   | 4x125 g                | 1585             |
| - 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 HEPA DRINK CAPPUCINO ÍZŰ                      | 4x200 ml (easy bottle) | 1718             |
| - 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             |

| Termék név                                      | Kiszerezelés | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------|--------------|------------------|
| - FRESUBIN YOCRÉME SÁRGÁ-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             |
| - FRESUBIN 5KCAL SHOT CITROM ÍZŰ                | 4x120 ml     | 1590             |
| - FRESUBIN 5KCAL SHOT SEMLEGES ÍZŰ              | 4x120 ml     | 1589             |
| - HUMANA HN-MCT                                 | 300 g        | 783              |
| - INFATRINI                                     | 12x200ml     | 1576             |
| - INFATRINI PEPTISORB                           | 4x200ml      | 1661             |
| - ISOSOURCE ENERGY VANÍLIA-KARAMELL             | 500 ml       | 1097             |
| - ISOSOURCE STANDARD KAKAÓ                      | 500 ml       | 1094             |
| - ISOSOURCE STANDARD KÁVÉ                       | 500 ml       | 1597             |
| - 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 KÁVÉ ÍZŰ                       | 27x200 ml    | 1603             |
| - 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             |
| - NUTILIS                                       | 300 g        | 1543             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK BANÁN ÍZŰ                 | 24x200 ml    | 1564             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK CSOKOLÁDÉ ÍZŰ             | 24x200 ml    | 1566             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK EPER ÍZŰ                  | 24x200 ml    | 1565             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI          | 24x200 ml    | 1569             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK KARAMELL ÍZŰ              | 24x200 ml    | 1567             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK NARANCS ÍZŰ               | 24x200 ml    | 1568             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK TRÓPUSI GYÜMÖLCS ÍZŰ      | 24x200 ml    | 1570             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK VANÍLIA ÍZŰ               | 24x200 ml    | 1571             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK YOGHURT MÁLNA             | 24x200 ml    | 1572             |
| - NUTRICIA NUTRIDRINK YOGHURT VANÍLIA ÉS CITROM | 24x200 ml    | 1563             |
| - NUTRINIDRINK MULTI FIBRE BANÁN ÍZŰ            | 8x200 ml     | 1440             |
| - NUTRINIDRINK MULTI FIBRE CSOKOLÁDÉ ÍZŰ        | 8x200 ml     | 1485             |
| - NUTRINIDRINK MULTI FIBRE EPER ÍZŰ             | 8x200 ml     | 1470             |
| - NUTRINIDRINK MULTI FIBRE ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI     | 8x200 ml     | 1648             |

| Termék név                             | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------|------------|------------------|
| - NUTRINIDRINK MULTI FIBRE VANÍLIA ÍZŰ | 8x200 ml   | 1467             |
| - OSMERAL COMPLETE FEHÉRCSOKOLÁDÉ ÍZŰ  | 470 ml     | 1680             |
| - OSMERAL COMPLETE SÁRGABARACK ÍZŰ     | 470 ml     | 1679             |
| - OSMERAL DS TETRA                     | 470 ml     | 1632             |
| - OSMERAL HC BANÁN ÍZŰ                 | 470 ml     | 1682             |
| - OSMERAL HC CSOKOLÁDÉ ÍZŰ             | 470 ml     | 1681             |
| - OSMERAL HC KÁVÉKRÉM ÍZŰ              | 470 ml     | 1630             |
| - OSMERAL HC VANÍLIA ÍZŰ               | 470 ml     | 1683             |
| - PEPTI-JUNIOR                         | 450 g      | 134              |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** C, E40H0, E41H0, E42H0, E43, R54H0, R6300, R6330, R6340, R64H0

**EÜ70 14.**

**Támogatott indikációk:**

- Kiterjedt ulcus cruris
- Krónikus sipoly
- Tracheostoma

**A javaslatot kiállító és a gyógyszerrel 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 |
| Háziorvos                                      | Megkötés nélkül        | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                             | Kiszerezés        | 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  |
| - 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<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-09497/03  |
| - BETAGEN 24 MG TABLETTA               | 50x                         | OGYI-T-09498/03  |
| - BETAGEN 8 MG TABLETTA                | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09497/02  |
| - BETAHISTIN-RATIOPHARM 16 MG TABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20131/02  |
| - BETAHISTIN-RATIOPHARM 24 MG TABLETTA | 50x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20789/01  |
| - BETAHISTIN-RATIOPHARM 8 MG TABLETTA  | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20131/01  |
| - BETAREVIN 16 MG TABLETTA             | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20371/02  |
| - ELVEN 16 MG TABLETTA                 | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20218/04  |
| - ELVEN 8 MG TABLETTA                  | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20218/02  |
| - EMPERIN 16 MG TABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21087/02  |
| - EMPERIN 24 MG TABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21087/03  |
| - EMPERIN 8 MG TABLETTA                | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21087/01  |
| - POLVERTIC 16 MG TABLETTA             | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20493/04  |
| - POLVERTIC 8 MG TABLETTA              | 100x<br>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

**Támogatott indikációk:**

- 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                                | Gyermeckneuroológia | írhat               |
| Megkötés nélkül                                | Neurológia          | írhat               |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Gyermeckneuroológia | 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 |
|----------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - 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<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-00842/01  |
| - LIORESAL 25 MG TABLETTA        | 50x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-00842/02  |
| - MIDERIZONE 150 MG FILMTABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-21220/06  |
| - MIDERIZONE 50 MG FILMTABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-21220/02  |
| - MYDETON 150 MG FILMTABLETTA    | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-03282/03  |
| - MYDETON 50 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-03282/02  |
| - SIRDALUD 4 MG TABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al | OGYI-T-05903/04  |

**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 dysplasiája, 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 tűvel | 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  |
| - 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 kezdődő 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 FECSKENDŐBEN       | 1x előretöltött fecskendőben (tűvel)                       | 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 FECSKENDŐBEN       | 1x0,5ml előretöltött fecskendőben tű nélkül vagy két tűvel | OGYI-T-08389/01  |

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

**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 KAREMELL        | 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 laboratóriumi igazolt non-reszponzió fennáll, egy éven keresztül.

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

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

**A javaslatot kiállító és a gyógyszerrel 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 kezdődő kódot):** I20, I21, I22, Z955

**EÜ70 25.**

**Támogatott indikációk:**

- Krónikus hyperurikaemia kezelésére dokumentált allopurinol intolerancia vagy kontraindikáció esetén, olyan állapotokban, amikor a húgysav szövetekben történő lerakódása már bekövetkezett (beleértve tophusok és/vagy arthritis urica fennállását vagy kórelőzményét).

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

| Munkahely                                        | Szakképesítés              | Jogosultság         |
|--------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet   | Klinikai onkológia         | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet   | Nephrológia                | 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    |
| - ADENURIC 120 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban | EU/1/08/447/003     |
| - ADENURIC 80 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban | EU/1/08/447/001     |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** E7900, M1000

**EÜ70 26.**

**Támogatott indikációk:**

- Stroke és szisztémás embolizáció megelőzésére nem billentyű eredetű pitvarfibrillációban szenvedő felnőtt betegeknél, ha 6 hónapot meghaladó K-vitamin antagonistá (acenocumarol és/vagy warfarin) kezelés során a mért INR értékek kevesebb mint 60%-a esik terápiás tartományba (INR 2 és 3 közé)
- korábbi stroke, vagy tranzienis ischaemias attack (TIA), vagy szisztémás embolizáció esetén, vagy a következő kockázati tényezők közül legalább kettő fennállása esetén:
  - bal kamrai ejekciós frakció < 40%,
  - tünetekkel járó szívelégtelenség New York Heart Association (NYHA) II. stádium,
  - életkor >= 75 év,
  - életkor >= 65 év, a következők valamelyikével: diabetes mellitus, koszorúér-betegség vagy hypertonia

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

| Munkahely                                      | Szakképesítés   | Jogosultság         |
|------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Haematológia    | 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 |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------|
| - ELIQUIS 2,5 MG FILMTABLETTA    | 60x<br>buboréksomagolásban  | EU/1/11/691/003  |
| - ELIQUIS 5 MG FILMTABLETTA      | 60x<br>buboréksomagolásban  | EU/1/11/691/009  |
| - PRADAXA 110 MG KEMÉNY KAPSZULA | 60x1<br>buboréksomagolásban | EU/1/08/442/007  |
| - PRADAXA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA | 60x1<br>buboréksomagolásban | EU/1/08/442/011  |
| - XARELTO 15 MG FILMTABLETTA     | 28x                         | EU/1/08/472/012  |
| - XARELTO 20 MG FILMTABLETTA     | 28x                         | EU/1/08/472/018  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** I48

EÜ70 27.

**Támogatott indikációk:**

- Vénás thromboemboliás esemény 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 gyógyszer 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 |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| - ELIQUIS 2,5 MG FILMTABLETTA    | 20x<br>buboréksomagolásban            | EU/1/11/691/002  |
| - ELIQUIS 2,5 MG FILMTABLETTA    | 60x<br>buboréksomagolásban            | EU/1/11/691/003  |
| - PRADAXA 110 MG KEMÉNY KAPSZULA | 30x1<br>buboréksomagolásban           | EU/1/08/442/006  |
| - PRADAXA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA  | 30x1<br>buboréksomagolásban           | EU/1/08/442/002  |
| - XARELTO 10 MG FILMTABLETTA     | 10x<br>buboréksomagolásban<br>(pp/al) | EU/1/08/472/006  |
| - XARELTO 10 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(pp/al) | EU/1/08/472/007  |
| - XARELTO 10 MG FILMTABLETTA     | 5x<br>buboréksomagolásban<br>(pp/al)  | EU/1/08/472/005  |

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

**EÜ70 28.**

**Támogatott indikációk:**

- Vénás thromboembolia másodlagos megelőzésére, ha az orális K-vitamin antagonisták (acenocumarol, warfarin) ellenjavalltak

**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 |
| Háziorvos                                      | Megkötés nélkül    | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                   | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|------------------------------|------------|------------------|
| - XARELTO 15 MG FILMTABLETTA | 28x        | EU/1/08/472/012  |
| - XARELTO 20 MG FILMTABLETTA | 28x        | EU/1/08/472/018  |

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

**EÜ70 29.**

**Támogatott indikációk:**

- 6 éves vagy idősebb gyermekeknél és serdülőknél, akinél a DSM-IV kritériumai vagy a BNO-10 irányelvei alapján felállított hiperaktivitás-figyelmzavar szindróma (ADHD), illetve hiperkinetikus zavar diagnózis szerint gyógyszeres kezelésre van szükség.

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

| Munkahely                                               | Szakképesítés                     | Jogosultság |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| Gyermek- és ifjúságpszichiátriai járóbeteg szakrendelés | Gyermek- és ifjúsági pszichiátria | írhat       |

| Termék név                        | Kiszerezés                 | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------|
| - STRATTERA 25 MG KEMÉNY KAPSZULA | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20025/15  |
| - STRATTERA 40 MG KEMÉNY KAPSZULA | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20025/19  |
| - STRATTERA 60 MG KEMÉNY KAPSZULA | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20025/23  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** F90

**EÜ 90 százalékos támogatási kategória****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 gyógyszerert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:**

| Munkahely                                        | Szakképesítés              | Jogosultság      |
|--------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| Háziorvos                                        | Megkötés nélkül            | javaslatra írhat |
| Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap. |                            |                  |
| Termék név                                       | Kiszerezés                 | Törzskönyvi szám |
| - INEGY 10 MG/10 MG TABLETTA                     | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20206/05  |
| - INEGY 10 MG/20 MG TABLETTA                     | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20206/20  |
| - INEGY 10 MG/40 MG TABLETTA                     | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20206/36  |

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

**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 három 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 három 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 három 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<br>buborékcsomagolásban | OGYI-T-09055/01     |

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

**EÜ90 1/f.**

**Támogatott indikációk:**

- A legutóbbi Magyar Kardiovaszkuláris Terápiás Konszenzus Konferencia terápiás ajánlása alapján igen nagy kardiovaszkuláris kockázatú hyperlipidaemiás, veseelégtelenségben szenvedő (30 ml/perc alatti GFR), illetve dializált beteg számára, akinél atorvastatinnal, vagy simvastatinnal folytatott három hónapos kezelést követően laborkontroll alapján nem sikerült a kívánt célérték (LDL 1,8 mmol/l, össz. Chol. 3,5 mmol/l) elérése. Az ezetimibe hatóanyagot tartalmazó kombinációs készítmény alkalmazása javasolt akkor is, ha bizonyított mellékhatás miatt csak kisebb adag sztatint 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   | Nephrológia                 | 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<br>buborékcsomagolásban | OGYI-T-20206/05     |
| - INEGY 10 MG/20 MG TABLETTA                     | 30x<br>buborékcsomagolásban | OGYI-T-20206/20     |
| - INEGY 10 MG/40 MG TABLETTA                     | 30x<br>buborékcsomagolásban | OGYI-T-20206/36     |

**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       |

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

| Munkahely                                      | Szakképesítés              | Jogosultság |
|------------------------------------------------|----------------------------|-------------|
| 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                                            | Kiszerelés                           | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| - CYMBALTA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA | 28x                                  | EU/1/04/296/002  |
| - GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA                    | 100x                                 | OGYI-T-20334/19  |
| - GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA                    | buboréksomagolásban<br>50x           | OGYI-T-20334/17  |
| - GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA                    | 100x                                 | OGYI-T-20334/32  |
| - GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA                    | buboréksomagolásban<br>50x           | OGYI-T-20334/30  |
| - GABAGAMMA 600 MG FILMTABLETTA                       | 100x                                 | OGYI-T-20334/42  |
| - GABANEURAL 300 MG KEMÉNY KAPSZULA                   | buboréksomagolásban<br>50x           | OGYI-T-20767/05  |
| - GABANEURAL 400 MG KEMÉNY KAPSZULA                   | buboréksomagolásban<br>50x           | OGYI-T-20767/07  |
| - GABAPENTIN AUROBINDO 300 MG KEMÉNY KAPSZULA         | buboréksomagolásban<br>100x          | OGYI-T-22066/18  |
| - GABAPENTIN AUROBINDO 400 MG KEMÉNY KAPSZULA         | buboréksomagolásban<br>100x          | OGYI-T-22066/29  |
| - GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA                      | buboréksomagolásban<br>100x átlátszó | OGYI-T-09069/04  |

| Termék név                           | Kiszerelés                        | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| - 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       | 3x20 buboréksomagolásban          | OGYI-T-20874/24  |
| - 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 kezdődő 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         |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| 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  |
| - 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                                                                  | Kiszerezés                               | 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  |
| - 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  |
| - 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 buborékcsoomagolásban + 1 db inhaler | OGYI-T-08674/01  |
| - PULMICORT TURBUHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR           | 1x200adag inhaláló készülék              | OGYI-T-04725/04  |
| - REVIFLUT AXAHALER 125 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN        | 60x hdpe tartályban +inhalátor           | OGYI-T-22448/06  |
| - 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<br>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  |
| - 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  |
| - BUFOMIX EASYHALER 4,5 MIKROGRAMM/160 MIKROGRAMM/BELÉGZÉS INHALÁCIÓS POR | 1x120adag inhalátorban                  | OGYI-T-22655/01  |
| - BUFOMIX EASYHALER 9 MIKROGRAMM/320 MIKROGRAMM/BELÉGZÉS INHALÁCIÓS POR   | 1x60adag inhalátorban                   | OGYI-T-22655/02  |
| - BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR                   | 1x200adag                               | OGYI-T-05752/01  |
| - DIMENIO 50 MIKROGRAMM/250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR        | 60x fóliacsík                           | OGYI-T-22078/05  |
| - DIMENIO 50 MIKROGRAMM/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR        | 60x fóliacsík                           | OGYI-T-22078/06  |
| - EONIC 10 MG FILMTABLETTA                                                | 28x<br>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  |

| Termék név                                                                    | Kiszerezelés                                   | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| - 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<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-04656/02  |
| - FORMOTEROL EASYHALER 12 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR                      | 1x120adag +védőtok                             | OGYI-T-10480/01  |
| - FOSTER NEXTHALER 100 MIKROGRAMM/6 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR            | 1x120adag                                      | OGYI-T-20363/03  |
| - 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<br>buborékcsoomagolásban +<br>1 db inhaler | OGYI-T-08674/01  |
| - MIFLONIDE 400 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN                  | 60x<br>buborékcsoomagolásban +<br>1 db inhaler | OGYI-T-08674/03  |
| - MIRALUST 10 MG FILMTABLETTA                                                 | 28x<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-21357/03  |
| - MONALUX 10 MG FILMTABLETTA                                                  | 30x<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-21635/06  |
| - MONDEO 10 MG FILMTABLETTA                                                   | 28x<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-21670/09  |
| - MONTELUKAST MYLAN 10 MG FILMTABLETTA                                        | 28x<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-21488/02  |
| - MONTELUKAST ORION 10 MG TABLETTA                                            | 28x<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-21611/03  |
| - MONTELUKAST SANDOZ 10 MG FILMTABLETTA                                       | 28x<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-21467/05  |
| - MONTELUKAST STADA 10 MG FILMTABLETTA                                        | 28x<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-21468/05  |
| - MONTELUKAST TEVA 10 MG FILMTABLETTA                                         | 28x<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-20896/08  |
| - MONTEP 10 MG FILMTABLETTA                                                   | 30x<br>buborékcsoomagolásban<br>(al/al)        | OGYI-T-21378/03  |
| - PULMICORT TURBUHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR             | 1x200adag inhaláló<br>készülék                 | OGYI-T-04725/04  |
| - REVIFLUT AXAHALER 125 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN          | 60x hdpe tartályban<br>+inhalátor              | OGYI-T-22448/06  |
| - REVIFLUT AXAHALER 250 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN          | 60x hdpe tartályban<br>+inhalátor              | OGYI-T-22448/15  |
| - REVIFORM AXAHALER 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN           | 1x60darab hdpe<br>tartályban +1db. inhalátor   | OGYI-T-22403/01  |
| - REVIMONT 10 MG FILMTABLETTA                                                 | 30x<br>buborékcsoomagolásban                   | OGYI-T-21976/12  |
| - SERETIDE DISKUS 50/100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR               | 1x60adag por-inhaláló<br>eszközben             | OGYI-T-07626/01  |
| - SERETIDE DISKUS 50/250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR               | 1x60adag por-inhaláló<br>eszközben             | OGYI-T-07626/02  |
| - SERETIDE DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR               | 1x60adag por-inhaláló<br>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  |

| Termék név                                                                | Kiszerelés                | Törzskönyvi szám |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|
| - SEREVENT EVOHALER 25 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ | 1x120adag al tartályban   | OGYI-T-20251/01  |
| - 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:**

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

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

| Munkahely                                      | Szakképesítés                        | Jogosultság         |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Allergológia és klinikai immunológia | javasolhat és írhat |
| 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 4 MG RÁGÓTABLETTA  | 28x buboréksomagolásban | OGYI-T-21357/01  |
| - MIRALUST 5 MG RÁGÓTABLETTA  | 28x buboréksomagolásban | OGYI-T-21357/02  |
| - MONALUX 4 MG RÁGÓTABLETTA   | 30x buboréksomagolásban | OGYI-T-21635/02  |
| - MONDEO 4 MG RÁGÓTABLETTA    | 28x buboréksomagolásban | OGYI-T-21670/01  |
| - MONDEO 5 MG RÁGÓTABLETTA    | 28x buboréksomagolásban | OGYI-T-21670/05  |

| Termék név                             | Kiszerelés                            | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------|---------------------------------------|------------------|
| - MONTELUKAST SANDOZ 4 MG GRANULÁTUM   | 28x tasakban                          | OGYI-T-21467/09  |
| - MONTELUKAST SANDOZ 4 MG RÁGÓTABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-21467/01  |
| - MONTELUKAST SANDOZ 5 MG RÁGÓTABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-21467/03  |
| - MONTELUKAST STADA 4 MG RÁGÓTABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-21468/03  |
| - MONTELUKAST STADA 5 MG RÁGÓTABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-21468/04  |
| - MONTELUKAST TEVA 4 MG GRANULÁTUM     | 28x tasakban                          | OGYI-T-20896/12  |
| - MONTELUKAST TEVA 4 MG RÁGÓTABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-20896/02  |
| - MONTELUKAST TEVA 5 MG RÁGÓTABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-20896/05  |
| - MONTEP JUNIOR 5 MG RÁGÓTABLETTA      | 30x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-21378/02  |
| - MONTEP MINI 4 MG RÁGÓTABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/al) | OGYI-T-21378/01  |
| - REVIMONT JUNIOR 5 MG RÁGÓTABLETTA    | 30x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-21976/07  |
| - REVIMONT MINI 4 MG RÁGÓTABLETTA      | 30x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-21976/02  |
| - SINGULAIR 4 MG GRANULÁTUM            | 28x tasakban                          | OGYI-T-06680/02  |
| - VIZENDO 4 MG RÁGÓTABLETTA            | 30x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-21303/04  |
| - VIZENDO 5 MG RÁGÓTABLETTA            | 30x<br>buboréksomagolásban            | OGYI-T-21303/02  |

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

EÜ90 3/b1.

#### Támogatott indikációk:

- Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), ha a FEV1/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                                | 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 |
|--------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|
| - 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  |
| - IPRAVENT 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT   | 1x10ml al tartályban | OGYI-T-22514/01  |

| Termék név                                            | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------|------------|------------------|
| - VENTOLIN EVOHALER TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ | 1x200adag  | OGYI-T-07232/01  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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         |
|------------------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| 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                                                               | Kiszerezés                                | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|
| - ATIMOS 12 MIKROGRAMM/BEFÚJÁS TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT               | 1x100adag tartályban                      | OGYI-T-10307/01  |
| - ATIMOS 12 MIKROGRAMM/BEFÚJÁS TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT               | 1x120adag tartályban                      | OGYI-T-10307/02  |
| - ATROVENT N 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT              | 1x palackban (acél)                       | OGYI-T-08932/01  |
| - BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL                                         | 1x palackban                              | OGYI-T-08049/01  |
| - BRETARIS GENUAIR 322 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR                         | 1x60adag                                  | EU/1/12/781/002  |
| - 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 +védőtok                        | OGYI-T-10480/01  |
| - IPRAVENT 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT                | 1x10ml al tartályban                      | OGYI-T-22514/01  |
| - 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  |
| - REVIFORM AXAHALER 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN      | 1x60darab hdpe tartályban +1db. inhalátor | OGYI-T-22403/01  |
| - SEEBRI BREEZHALER 44 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN      | 30x1 buboréksomagolásban +1 db. inhalátor | EU/1/12/788/003  |
| - SEREVENT DISKUS 50 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR              | 1x60adag                                  | OGYI-T-05766/01  |
| - SEREVENT EVOHALER 25 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS 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  |

| Termék név                                                | Kiszerezés                                 | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------|
| - SPIRIVA 18 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN | 30x<br>buboréksomagolásban<br>+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 |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Tüdőgyógyászat        | javasolhat és írhat |
| Háziorvos                                      | Megkötés nélkül       | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                                                                | Kiszerezés                                 | 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  |
| - BRETARIS GENUAIR 322 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR                          | 1x60adag                                   | EU/1/12/781/002  |
| - BUFOMIX EASYHALER 4,5 MIKROGRAMM/160 MIKROGRAMM/BELÉGZÉS INHALÁCIÓS POR | 1x120adag inhalátorban                     | OGYI-T-22655/01  |
| - BUFOMIX EASYHALER 9 MIKROGRAMM/320 MIKROGRAMM/BELÉGZÉS INHALÁCIÓS POR   | 1x60adag inhalátorban                      | OGYI-T-22655/02  |
| - BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR                   | 1x200adag                                  | OGYI-T-05752/01  |
| - DIMENIO 50 MIKROGRAMM/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR        | 60x fóliacsík                              | OGYI-T-22078/06  |
| - FORADIL 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN                 | 60x<br>buboréksomagolásban                 | OGYI-T-04656/02  |
| - FORMOTEROL EASYHALER 12 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR                  | 1x120adag +védőtok                         | OGYI-T-10480/01  |
| - IPRAVENT 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT                | 1x10ml al tartályban                       | OGYI-T-22514/01  |
| - ONBREZ BREEZHALER 150 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN      | 30x<br>buboréksomagolásban<br>+1 inhalátor | EU/1/09/593/002  |
| - ONBREZ BREEZHALER 300 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN      | 30x<br>buboréksomagolásban<br>+1 inhalátor | EU/1/09/593/007  |
| - REVIFORM AXAHALER 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN       | 1x60darab hdpe tartályban +1db. inhalátor  | OGYI-T-22403/01  |

| Termék név                                                                | Kiszerezés                                      | Törzskönyvi szám |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| - SEEBRI BREEZHALER 44 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN       | 30x1<br>buboréksomagolásban<br>+1 db. inhalátor | EU/1/12/788/003  |
| - SERETIDE DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR           | 1x60adag por-inhaláló<br>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<br>befújás)              | OGYI-T-08632/03  |
| - SPIRIVA 18 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN                 | 30x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-08632/02  |
| - SPIRIVA 18 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN                 | 30x<br>buboréksomagolásban<br>+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<br>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/a1.

#### Támogatott indikációk:

- Közepes thromboemboliás kockázattal járó állapot esetén a vénás thromboemboliás esemény elsődleges megelőzésére a kórházi terápia folytatásaként, profilaktikus dózisban a kockázat fennállásának idejére

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

| Munkahely               | Szakképesítés                     | Jogosultság         |
|-------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Anaesthesiológia-intenzív terápia | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Arc-állcsont-szájsebészeti        | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Belgyógyászat                     | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Haematológia                      | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Idegsebészeti                     | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Kardiológia                       | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Klinikai onkológia                | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Neurológia                        | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Ortopédia                         | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Ortopédia-traumatológia           | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Sebészeti                         | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Szülészeti-nőgyógyászat           | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Traumatológia                     | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Tüdőgyógyászat                    | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Urológia                          | javasolhat és írhat |
| Háziorvos               | Megkötés nélkül                   | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| 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/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN         | 10x0,2ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04428/04  |
| - FRAXIPARINE 2850 NE/0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ                                | 10x0,3ml                           | OGYI-T-06770/02  |

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

EÜ90 4/a2.

## Támogatott indikációk:

- Közepes thromboemboliás kockázattal járó, kórházi bentfekvést nem igénylő trauma esetén a vénás thromboemboliás esemény elsődleges megelőzésére profilaktikus dózisban a kockázat fennállásának idejére, de maximum 10 napig

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

| Munkahely              | Szakképesítés           | Jogosultság |
|------------------------|-------------------------|-------------|
| Járóbeteg szakrendelés | Ortopédia               | írhat       |
| Járóbeteg szakrendelés | Ortopédia-traumatológia | írhat       |
| Járóbeteg szakrendelés | Sebészet                | írhat       |
| Járóbeteg szakrendelés | Traumatológia           | írhat       |

| Termék név                                                           | Kiszerelés                         | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| - FRAGMIN 2500 NE/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 10x0,2ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04428/04  |
| - FRAXIPARINE 2850 NE/0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ                        | 10x0,3ml                           | OGYI-T-06770/02  |

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

EÜ90 4/b1.

## Támogatott indikációk:

- Nagy és az igen nagy thromboemboliás kockázattal járó állapot esetén a vénás thromboemboliás esemény elsődleges megelőzésére a kórházi terápia folytatásaként, profilaktikus dózisban a kockázat fennállásának idejére
- Thromboemboliás szövődményekhez vezető veszélyesített 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         |
|-------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Anaesthesiológia-intenzív terápia | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Arc-állcsont-szájsebészet         | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Belgyógyászat                     | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Haematológia                      | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Idegsebészet                      | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Kardiológia                       | javasolhat és írhat |

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

| Munkahely               | Szakképesítés           | Jogosultság         |
|-------------------------|-------------------------|---------------------|
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Klinikai onkológia      | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Neurológia              | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Ortopédia               | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Ortopédia-traumatológia | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Sebészet                | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Szülész-nőgyógyászat    | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Traumatológia           | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Tüdőgyógyászat          | javasolhat és írhat |
| Fekvőbeteg gyógyintézet | Urológia                | 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  |
| - 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  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** D689, Z298**EÜ90 4/b2.****Támogatott indikációk:**

- Nagy és az igen nagy thromboemboliás kockázattal járó, kórházi bentfekvést nem igénylő trauma esetén a vénás thromboemboliás esemény elsődleges megelőzésére profilaktikus dózisban a kockázat fennállásának idejére, de maximum három hónapig

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

| Munkahely              | Szakképesítés           | Jogosultság |
|------------------------|-------------------------|-------------|
| Járóbeteg szakrendelés | Ortopédia               | írhat       |
| Járóbeteg szakrendelés | Ortopédia-traumatológia | írhat       |
| Járóbeteg szakrendelés | Sebészet                | írhat       |
| Járóbeteg szakrendelés | Traumatológia           | írhat       |

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

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

**EÜ90 4/c1.****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
- Vénás thromboembolia másodlagos megelőzésére, amennyiben az orális K-vitamin antagonisták (acenocumarol, warfarin) ellenjavalltak
- 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 | Anaesthesiológia-intenzív terápia | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Arc-állcsont-szájsebészet         | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Belgyógyászat                     | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Érsebészet                        | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Haematológia                      | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Idegsebészet                      | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Kardiológia                       | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Klinikai onkológia                | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Mellkassebészet                   | 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 | Sebészet                          | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Szívsebészet                      | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Szülészet-nőgyógyászat            | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Traumatológia                     | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Tüdőgyógyászat                    | 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 |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| - CLEXANE FORTE 120 MG/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN      | 10x0,8ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04097/13  |
| - CLEXANE FORTE 150 MG/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN      | 10x1,0ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04097/15  |
| - CLEXANE 10000 NE/1,0 ML (100 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 10x1ml előretöltött fecskendőben   | OGYI-T-04097/10  |
| - CLEXANE 10000 NE/1,0 ML (100 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 2x1ml előretöltött fecskendőben    | OGYI-T-04097/09  |
| - 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  |

| Termék név                                                              | Kiszerezés                         | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| - 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 2500 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ                                   | 10x4ml ampulla                     | OGYI-T-04428/01  |
| - FRAGMIN 7500 NE/0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN    | 10x0,3ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04428/08  |
| - 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  |
| - FRAXODI 19000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ                              | 10x1 ml                            | OGYI-T-08015/04  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** D6890, I2690, I829, Z298

**EÜ90 5/a1.**

**Támogatott indikációk:**

- Epilepszia

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

| Munkahely                                      | Szakképesítés       | Jogosultság         |
|------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Megkötés nélkül                                | Gyermeckneuroológia | írhat               |
| Megkötés nélkül                                | Neuroológia         | írhat               |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Gyermeckneuroológia | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Neuroológia         | javasolhat és írhat |
| Háziorvos                                      | Megkötés nélkül     | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                                           | Kiszerezés                             | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 0,5 MG TABLETTA               | 30x buboréksomagolásban                | OGYI-T-08405/01  |
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 0,5 MG TABLETTA               | 50x buboréksomagolásban                | OGYI-T-08405/03  |
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 2 MG TABLETTA                 | 100x buboréksomagolásban               | OGYI-T-08405/04  |
| - 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  |

| Termék név                                                | Kiszerelés                                    | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - FRISIUM 10 MG TABLETTA                                  | 100x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-01955/01  |
| - NEUROTOP 300 MG RETARD TABLETTA                         | 50x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-01479/01  |
| - 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<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-03183/01  |
| - SEVENAL 100 MG TABLETTA                                 | 10x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-11165/01  |
| - SEVENALETTA 15 MG TABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-11167/01  |
| - TEGRETOL CR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA | 50x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al | OGYI-T-05833/01  |
| - TEGRETOL CR 400 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al | OGYI-T-05833/02  |
| - TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA                          | 50x<br>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 gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:**

| Munkahely                                      | Szakképesítés       | Jogosultság         |
|------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Megkötés nélkül                                | Gyermeckneuroológia | írhat               |
| Megkötés nélkül                                | Neuroológia         | írhat               |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Gyermeckneuroológia | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Neuroológia         | javasolhat és írhat |
| Háziorvos                                      | Megkötés nélkül     | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                         | Kiszerelés                  | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| - EPITRIGINE 100 MG TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10383/03  |
| - EPITRIGINE 200 MG TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10383/05  |
| - EPITRIGINE 25 MG TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10383/01  |
| - EPITRIGINE 50 MG TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10383/02  |
| - GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20334/19  |
| - GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA | 50x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20334/17  |
| - GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20334/32  |
| - GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA | 50x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20334/30  |

| Termék név                                                | Kiszerezés                                    | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - GABAGAMMA 600 MG FILMTABLETTA                           | 100x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20334/42  |
| - GABANEURAL 300 MG KEMÉNY KAPSZULA                       | 50x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20767/05  |
| - GABANEURAL 400 MG KEMÉNY KAPSZULA                       | 50x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20767/07  |
| - GABAPENTIN AUROBINDO 300 MG KEMÉNY KAPSZULA             | 100x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-22066/18  |
| - GABAPENTIN AUROBINDO 400 MG KEMÉNY KAPSZULA             | 100x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-22066/29  |
| - GEROLAMIC 100 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ<br>TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/21  |
| - GEROLAMIC 200 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ<br>TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/27  |
| - GEROLAMIC 25 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ<br>TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/09  |
| - GEROLAMIC 5 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ<br>TABLETTA   | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/03  |
| - GEROLAMIC 50 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ<br>TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/15  |
| - GORDIUS 100 MG KEMÉNY KAPSZULA                          | 100x átlátszó<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09069/02  |
| - GORDIUS 100 MG KEMÉNY KAPSZULA                          | 50x átlátszó<br>buboréksomagolásban           | OGYI-T-09069/01  |
| - GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA                          | 100x átlátszó<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09069/04  |
| - GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA                          | 50x átlátszó<br>buboréksomagolásban           | OGYI-T-09069/03  |
| - GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA                          | 100x átlátszó<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09069/06  |
| - GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA                          | 50x átlátszó<br>buboréksomagolásban           | OGYI-T-09069/05  |
| - GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA                         | 120x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20874/14  |
| - GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA                         | 60x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20874/03  |
| - GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA                         | 120x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20874/17  |
| - GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA                         | 60x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20874/04  |
| - GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA                            | 120x cseppentős<br>tartályban                 | OGYI-T-20874/20  |
| - GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA                            | 3x20<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20874/24  |
| - GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA                            | 60x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20874/06  |
| - LAMICTAL 100 MG TABLETTA                                | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04094/15  |
| - LAMICTAL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA              | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04094/17  |
| - LAMICTAL 25 MG TABLETTA                                 | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04094/04  |
| - LAMICTAL 50 MG TABLETTA                                 | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04094/06  |
| - LAMITRIN 100 MG TABLETTA                                | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-08805/11  |
| - LAMITRIN 25 MG TABLETTA                                 | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-08805/09  |

| Termék név                                       | Kiszereelés                                  | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|
| - LAMITRIN 50 MG TABLETTA                        | 42x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08805/10  |
| - LAMOLEP 100 MG TABLETTA                        | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-09333/03  |
| - LAMOLEP 200 MG TABLETTA                        | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-09333/04  |
| - LAMOLEP 25 MG TABLETTA                         | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-09333/01  |
| - LAMOLEP 50 MG TABLETTA                         | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-09333/02  |
| - LAMOTRIGIN AUROBINDO 100 MG TABLETTA           | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21321/60  |
| - LAMOTRIGIN AUROBINDO 50 MG TABLETTA            | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21321/34  |
| - LAMOTRIGIN ORION 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20380/03  |
| - LAMOTRIGIN ORION 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20380/01  |
| - LAMOTRIGIN ORION 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20380/02  |
| - LAMOTRIGIN-GENERIC (UK) 100 MG TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20317/05  |
| - LAMOTRIGIN-GENERIC (UK) 50 MG TABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20317/03  |
| - LAMOTRIGIN-TEVA 100 MG TABLETTA                | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20157/03  |
| - LAMOTRIGIN-TEVA 25 MG TABLETTA                 | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20157/01  |
| - LAMOTRIGIN-TEVA 50 MG TABLETTA                 | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20157/02  |
| - LATRIGIL 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/aclar) | OGYI-T-10443/08  |
| - LATRIGIL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/aclar) | OGYI-T-10443/10  |
| - LATRIGIL 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA          | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/aclar) | OGYI-T-10443/04  |
| - LATRIGIL 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA          | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/aclar) | OGYI-T-10443/06  |
| - NEURONTIN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 100x<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-04966/02  |
| - NEURONTIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 100x<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-04966/04  |
| - NEURONTIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-04966/03  |
| - NEURONTIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 100x<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-04966/06  |
| - NEURONTIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-04966/05  |
| - SABRIL 500 MG FILMTABLETTA                     | 100x<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-02330/01  |
| - TRILEPTAL 300 MG FILMTABLETTA                  | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-06308/01  |
| - TRILEPTAL 600 MG FILMTABLETTA                  | 50x<br>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 | Gyermekneurológia | 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 |
|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| - ETOPRO 100 MG FILMTABLETTA                 | 60x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-20648/06  |
| - ETOPRO 200 MG FILMTABLETTA                 | 60x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-20648/08  |
| - ETOPRO 25 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-20648/02  |
| - ETOPRO 50 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-20648/04  |
| - KAPIDOKOR 1000 MG FILMTABLETTA             | 50x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-22045/07  |
| - KAPIDOKOR 250 MG FILMTABLETTA              | 100x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-22045/02  |
| - KAPIDOKOR 500 MG FILMTABLETTA              | 120x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-22045/05  |
| - KAPIDOKOR 750 MG FILMTABLETTA              | 50x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-22045/06  |
| - KEPPRA 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT          | 1x150ml üvegpalackban +<br>1x1 ml-es fecskendő  | EU/1/00/146/032  |
| - KEPPRA 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT          | 1x150ml üvegpalackban +<br>1x3 ml-es fecskendő  | EU/1/00/146/031  |
| - KEPPRA 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT          | 1x300ml üvegpalackban +<br>1x10 ml-es fecskendő | EU/1/00/146/027  |
| - KEPPRA 250 MG FILMTABLETTA                 | 100x                                            | EU/1/00/146/005  |
| - LEVEDIA 250 MG FILMTABLETTA                | 100x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21916/07  |
| - LEVEDIA 500 MG FILMTABLETTA                | 100x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21916/15  |
| - LEVELAN 250 MG FILMTABLETTA                | 100x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-22142/03  |
| - LEVELAN 500 MG FILMTABLETTA                | 120x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al)        | OGYI-T-22142/16  |
| - LEVETIRACETAM ACCORD 250 MG FILMTABLETTA   | 100x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/alu          | EU/1/11/712/006  |
| - LEVETIRACETAM ACCORD 500 MG FILMTABLETTA   | 100x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/alu          | EU/1/11/712/013  |
| - LEVETIRACETAM ACTAVIS 1000 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban                      | EU/1/11/713/034  |
| - LEVETIRACETAM ACTAVIS 250 MG FILMTABLETTA  | 100x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/11/713/005  |
| - LEVETIRACETAM ACTAVIS 500 MG FILMTABLETTA  | 120x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/11/713/016  |

| Termék név                                               | Kiszerezés                                                  | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|
| - LEVETIRACETAM PHARMASWISS 250 MG FILMTABLETTA          | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-21926/02  |
| - LEVETIRACETAM PHARMASWISS 750 MG FILMTABLETTA          | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-21926/08  |
| - LEVETIRACETAM RATIOPHARM 100 MG/ML BELSŐLEGES<br>OLDAT | 1x300ml üvegpalackban<br>+1 db 10 ml-es oralis<br>fecskendő | EU/1/11/702/001  |
| - LEVETIRACETAM SANDOZ 1000 MG FILMTABLETTA              | 60x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-22044/15  |
| - LEVETIRACETAM SANDOZ 250 MG FILMTABLETTA               | 120x<br>buboréksomagolásban                                 | OGYI-T-22044/04  |
| - LEVETIRACETAM SANDOZ 500 MG FILMTABLETTA               | 120x<br>buboréksomagolásban                                 | OGYI-T-22044/08  |
| - LEVETIRACETAM SANDOZ 750 MG FILMTABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-22044/11  |
| - LEVETIRACETAM STADA 250 MG FILMTABLETTA                | 100x<br>buboréksomagolásban                                 | OGYI-T-21927/01  |
| - LEVETIRACETAM STADA 500 MG FILMTABLETTA                | 120x<br>buboréksomagolásban                                 | OGYI-T-21927/02  |
| - LEVETIRACETAM TEVA 1000 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban                                  | EU/1/11/701/025  |
| - LEVETIRACETAM TEVA 250 MG FILMTABLETTA                 | 100x<br>buboréksomagolásban                                 | EU/1/11/701/005  |
| - LEVETIRACETAM TEVA 500 MG FILMTABLETTA                 | 120x<br>buboréksomagolásban                                 | EU/1/11/701/013  |
| - LEVETIRACETAM UCB 1000 MG FILMTABLETTA                 | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-22344/12  |
| - LEVETIRACETAM UCB 250 MG FILMTABLETTA                  | 100x<br>buboréksomagolásban                                 | OGYI-T-22344/03  |
| - LEVETIRACETAM UCB 500 MG FILMTABLETTA                  | 100x<br>buboréksomagolásban                                 | OGYI-T-22344/07  |
| - LEVETIRACETAM UCB 750 MG FILMTABLETTA                  | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-22344/09  |
| - LEVETIRAGAMMA 250 MG FILMTABLETTA                      | 100x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al)                    | OGYI-T-22114/08  |
| - LEVETIRAGAMMA 250 MG FILMTABLETTA                      | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al)                     | OGYI-T-22114/05  |
| - LEVETIRAGAMMA 500 MG FILMTABLETTA                      | 100x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al)                    | OGYI-T-22114/34  |
| - LEVETIRAGAMMA 500 MG FILMTABLETTA                      | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al)                     | OGYI-T-22114/31  |
| - LEVIL 1000 MG FILMTABLETTA                             | 60x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-21821/04  |
| - LEVIL 250 MG FILMTABLETTA                              | 100x<br>buboréksomagolásban                                 | OGYI-T-21821/01  |
| - LEVIL 500 MG FILMTABLETTA                              | 120x<br>buboréksomagolásban                                 | OGYI-T-21821/02  |
| - LEVIL 750 MG FILMTABLETTA                              | 60x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-21821/03  |
| - TOPAMAX 100 MG FILMTABLETTA                            | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pa/al/pvc//al)               | OGYI-T-06268/08  |
| - TOPAMAX 200 MG FILMTABLETTA                            | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pa/al/pvc//al)               | OGYI-T-06268/10  |
| - TOPAMAX 25 MG FILMTABLETTA                             | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pa/al/pvc//al)               | OGYI-T-06268/04  |

| Termék név                          | Kiszerezés                                    | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - TOPAMAX 50 MG FILMTABLETTA        | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pa/al/pvc//al) | OGYI-T-06268/06  |
| - TOEPSIL 100 MG FILMTABLETTA       | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc)      | OGYI-T-20604/04  |
| - TOEPSIL 200 MG FILMTABLETTA       | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc)      | OGYI-T-20604/08  |
| - TOEPSIL 25 MG FILMTABLETTA        | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)  | OGYI-T-20604/10  |
| - TOEPSIL 50 MG FILMTABLETTA        | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)  | OGYI-T-20604/12  |
| - TROBALT 100 MG FILMTABLETTA       | 84x<br>buboréksomagolásban                    | EU/1/11/681/005  |
| - TROBALT 200 MG FILMTABLETTA       | 84x<br>buboréksomagolásban                    | EU/1/11/681/007  |
| - TROBALT 300 MG FILMTABLETTA       | 84x<br>buboréksomagolásban                    | EU/1/11/681/009  |
| - TROBALT 400 MG FILMTABLETTA       | 84x<br>buboréksomagolásban                    | EU/1/11/681/011  |
| - TROBALT 50 MG FILMTABLETTA        | 84x<br>buboréksomagolásban                    | EU/1/11/681/002  |
| - TROBALT 50 MG/100 MG FILMTABLETTA | 21x50mg<br>buboréksomagolásban<br>+42x100 mg  | EU/1/11/681/013  |
| - VIMPAT 100 MG FILMTABLETTA        | 56x<br>buboréksomagolásban                    | EU/1/08/470/005  |
| - VIMPAT 150 MG FILMTABLETTA        | 56x<br>buboréksomagolásban                    | EU/1/08/470/008  |
| - VIMPAT 200 MG FILMTABLETTA        | 56x<br>buboréksomagolásban                    | EU/1/08/470/011  |
| - VIMPAT 50 MG FILMTABLETTA         | 14x<br>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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

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

| Termék név                   | Kiszerezés                 | Törzskönyvi szám |
|------------------------------|----------------------------|------------------|
| - ETOPRO 100 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20648/06  |

| Termék név                     | Kiszerelés                                    | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - ETOPRO 200 MG FILMTABLETTA   | 60x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20648/08  |
| - ETOPRO 25 MG FILMTABLETTA    | 60x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20648/02  |
| - ETOPRO 50 MG FILMTABLETTA    | 60x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20648/04  |
| - TOPAMAX 100 MG FILMTABLETTA  | 60x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-06268/08  |
| - TOPAMAX 200 MG FILMTABLETTA  | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pa/al/pvc//al) | OGYI-T-06268/10  |
| - TOPAMAX 25 MG FILMTABLETTA   | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pa/al/pvc//al) | OGYI-T-06268/04  |
| - TOPAMAX 50 MG FILMTABLETTA   | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pa/al/pvc//al) | OGYI-T-06268/06  |
| - TOPEPSIL 100 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc)      | OGYI-T-20604/04  |
| - TOPEPSIL 200 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc)      | OGYI-T-20604/08  |
| - TOPEPSIL 25 MG FILMTABLETTA  | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)  | OGYI-T-20604/10  |
| - TOPEPSIL 50 MG FILMTABLETTA  | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)  | OGYI-T-20604/12  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

| Munkahely                                      | Szakképesítés     | Jogosultság |
|------------------------------------------------|-------------------|-------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Gyermekneurológia | 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  |
| - TALOXIA 120 MG/ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ | 1x230ml üvegben            | OGYI-T-05129/03  |
| - TALOXIA 400 MG TABLETTA                  | 40x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-05129/01  |
| - TALOXIA 600 MG TABLETTA                  | 40x<br>buboréksomagolásban | 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 gyógyszert 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-00330/01  |
| - AKINETON 5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ           | 5x1ml ampulla              | OGYI-T-04260/01  |
| - JUMEX 10 MG TABLETTA                        | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-03573/02  |
| - JUMEX 5 MG TABLETTA                         | 50x<br>buboréksomagolásban | 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-02205/01  |
| - SELEGILINE MYLAN 5 MG TABLETTA              | 30x<br>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 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 |
|------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - AZILECT 1 MG TABLETTA            | 30x<br>buboréksomagolásban | EU/1/04/304/004  |
| - CALMOLAN 0,26 MG RETARD TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22523/02  |

| Termék név                               | Kiszerezés                             | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| - CALMOLAN 0,52 MG RETARD TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-22523/05  |
| - CALMOLAN 1,05 MG RETARD TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-22523/08  |
| - CALMOLAN 2,1 MG RETARD TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-22523/11  |
| - ERIMEXOL 0,26 MG RETARD TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-22524/01  |
| - ERIMEXOL 0,52 MG RETARD TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-22524/02  |
| - ERIMEXOL 1,05 MG RETARD TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-22524/03  |
| - ERIMEXOL 2,1 MG RETARD TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-22524/04  |
| - 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 tasakban                           | EU/1/05/331/002  |
| - NEUPRO 4 MG/24 H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ | 28x tasakban                           | EU/1/05/331/005  |
| - NEUPRO 6 MG/24 H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ | 28x tasakban                           | EU/1/05/331/008  |
| - NEUPRO 8 MG/24 H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ | 28x tasakban                           | 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 0,26 MG RETARD TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban             | EU/1/08/469/027  |
| - OPRYMEA 0,52 MG RETARD TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban             | EU/1/08/469/031  |
| - OPRYMEA 0,7 MG TABLETTA                | 30x                                    | EU/1/08/469/017  |
| - OPRYMEA 1,05 MG RETARD TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban             | EU/1/08/469/035  |
| - OPRYMEA 2,1 MG RETARD TABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban             | EU/1/08/469/043  |
| - PRAMIPEXOLE BLUEFISH 0,18 MG TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al//al) | OGYI-T-21325/01  |
| - PRAMIPEXOLE BLUEFISH 0,7 MG TABLETTA   | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al//al) | OGYI-T-21325/03  |
| - PRAMIPEXOLE ORION 0,088 MG TABLETTA    | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-21005/01  |
| - PRAMIPEXOLE ORION 0,18 MG TABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-21005/02  |
| - PRAMIPEXOLE ORION 0,7 MG TABLETTA      | 30x                                    | OGYI-T-21005/04  |
| - PRAMIPEXOLE TEVA 0,088 MG TABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban             | EU/1/08/490/001  |
| - PRAMIPEXOLE TEVA 0,18 MG TABLETTA      | 30x<br>buboréksomagolásban             | EU/1/08/490/005  |
| - PRAMIPEXOLE TEVA 0,7 MG TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban             | EU/1/08/490/013  |
| - RALNEA 2 MG RETARD TABLETTA            | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al//al) | OGYI-T-21515/03  |

| Termék név                                | Kiszerezés                                                               | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - RALNEA 4 MG RETARD TABLETTA             | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al/al)                                    | OGYI-T-21515/11  |
| - RALNEA 8 MG RETARD TABLETTA             | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al/al)                                    | OGYI-T-21515/19  |
| - REQUIP 0,5 MG FILMTABLETTA              | 84x<br>buboréksomagolásban<br>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<br>buboréksomagolásban<br>pvc/aclar poliklór-trifluor-<br>etilén//al | OGYI-T-06200/14  |
| - REQUIP 1 MG FILMTABLETTA                | 21x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/aclar/pvc//al                          | OGYI-T-06200/15  |
| - REQUIP 2 MG FILMTABLETTA                | 21x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/aclar poliklór-trifluor-<br>etilén//al | OGYI-T-06200/16  |
| - REQUIP 2 MG FILMTABLETTA                | 21x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/aclar/pvc//al                          | OGYI-T-06200/17  |
| - REQUIP 5 MG FILMTABLETTA                | 21x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/aclar poliklór-trifluor-<br>etilén//al | OGYI-T-06200/18  |
| - REQUIP 5 MG FILMTABLETTA                | 21x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/aclar/pvc//al                          | OGYI-T-06200/19  |
| - REQUIP-MODUTAB 2 MG RETARD FILMTABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-06200/03  |
| - REQUIP-MODUTAB 2 MG RETARD FILMTABLETTA | 84x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-06200/20  |
| - REQUIP-MODUTAB 4 MG RETARD FILMTABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-06200/05  |
| - REQUIP-MODUTAB 4 MG RETARD FILMTABLETTA | 84x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-06200/21  |
| - REQUIP-MODUTAB 8 MG RETARD FILMTABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-06200/06  |
| - REQUIP-MODUTAB 8 MG RETARD FILMTABLETTA | 84x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-06200/22  |
| - ROPINIROL ACTAVIS 2 MG RETARD TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-20663/57  |
| - ROPINIROL ACTAVIS 4 MG RETARD TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-20663/58  |
| - ROPINIROL ACTAVIS 8 MG RETARD TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-20663/59  |
| - ROPINIROL TEVA 2 MG RETARD TABLETTA     | 28x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-21762/01  |
| - ROPINIROL TEVA 4 MG RETARD TABLETTA     | 28x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-21762/03  |
| - ROPINIROL TEVA 8 MG RETARD TABLETTA     | 28x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-21762/04  |
| - ROPINIROLE ORION 2 MG RETARD TABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-22482/01  |
| - ROPINIROLE ORION 4 MG RETARD TABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-22482/02  |
| - ROPINIROLE ORION 8 MG RETARD TABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-22482/03  |

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                  | 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 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 |
| 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 |
|-----------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| - 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 buborékcsoomagolásban | OGYI-T-02241/01  |
| - ANAFRANIL 25 MG BEVONT TABLETTA       | 30x átlátszó buborékcsoomagolásban | OGYI-T-02241/03  |
| - ANAFRANIL 25 MG/2 ML OLDATOS INJEKCIÓ | 10x2ml ampulla                     | OGYI-T-02241/04  |

| Termék név                               | Kiszerezelés                        | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| - APODEPI 20 MG FILMTABLETTA             | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09054/01  |
| - ASENTRA 100 MG FILMTABLETTA            | 28x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09212/02  |
| - ASENTRA 50 MG FILMTABLETTA             | 28x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09212/01  |
| - AURORIX 150 MG FILMTABLETTA            | 100x<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-01809/02  |
| - AURORIX 300 MG FILMTABLETTA            | 60x<br>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<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09357/01  |
| - CITAGEN 20 MG FILMTABLETTA             | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09357/05  |
| - CITALODEP 20 MG FILMTABLETTA           | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-20085/01  |
| - CITALODEP 40 MG FILMTABLETTA           | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-20085/02  |
| - CITALOPRAM BLUEFISH 20 MG FILMTABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-21270/03  |
| - CITALOPRAM BLUEFISH 40 MG FILMTABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-21270/08  |
| - CITALOPRAM ORION 10 MG FILMTABLETTA    | 28x átlátszó<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20342/01  |
| - CITALOPRAM ORION 20 MG FILMTABLETTA    | 28x átlátszó<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20342/02  |
| - CITALOPRAM ORION 40 MG FILMTABLETTA    | 28x átlátszó<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20342/03  |
| - CITALOPRAM-TEVA 20 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09474/01  |
| - CITALOPRAM-ZENTIVA 20 MG FILMTABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-10046/01  |
| - CITALOPRAM-ZENTIVA 40 MG FILMTABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-10046/02  |
| - CITAPRAM 20 MG FILMTABLETTA            | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-08976/01  |
| - CITAPRAM 30 MG FILMTABLETTA            | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-08976/02  |
| - CITAPRAM 40 MG FILMTABLETTA            | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-08976/03  |
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 0,5 MG TABLETTA   | 30x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-08405/01  |
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 0,5 MG TABLETTA   | 50x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-08405/03  |
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 2 MG TABLETTA     | 100x<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-08405/04  |
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 2 MG TABLETTA     | 30x<br>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<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-01422/01  |
| - FEVARIN 50 MG FILMTABLETTA             | 60x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-01422/02  |
| - FLOXET 20 MG KEMÉNY KAPSZULA           | 14x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-05184/01  |
| - FLOXET 20 MG KEMÉNY KAPSZULA           | 28x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-05184/02  |

| Termék név                                | Kiszerezés                                          | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|
| - FLOXET 4 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT         | 1x70ml üvegben                                      | OGYI-T-05184/03  |
| - FLUOXETIN-ZENTIVA 20 MG KEMÉNY KAPSZULA | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-06826/03  |
| - FLUOXETIN-ZENTIVA 20 MG KEMÉNY KAPSZULA | 60x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-06826/04  |
| - FRISIUM 10 MG TABLETTA                  | 100x<br>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<br>buboréksomagolásban                | OGYI-T-05969/03  |
| - HELEX SR 0,5 MG RETARD TABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-20462/01  |
| - HELEX SR 1 MG RETARD TABLETTA           | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-20462/02  |
| - HELEX SR 2 MG RETARD TABLETTA           | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-20462/03  |
| - LORANXIL 1 MG FILMTABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-22438/02  |
| - LUDIOMIL 10 MG FILMTABLETTA             | 50x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-01256/03  |
| - LUDIOMIL 25 MG FILMTABLETTA             | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-01256/02  |
| - LUDIOMIL 75 MG FILMTABLETTA             | 30x<br>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  |
| - PARETIN 20 MG FILMTABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-08867/01  |
| - PARETIN 40 MG FILMTABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-08867/03  |
| - PAROGEN 20 MG FILMTABLETTA              | 30x hdpe tartályban                                 | OGYI-T-08795/01  |
| - PAROXAT 20 MG FILMTABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/al átlátszatlan) | OGYI-T-08263/01  |
| - PAROXETIN PFIZER 20 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-21576/06  |
| - PAROXETIN PFIZER 30 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-21576/18  |
| - PAROXETIN-TEVA 20 MG FILMTABLETTA       | 30x<br>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<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-07931/01  |
| - REXETIN 30 MG FILMTABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban                          | OGYI-T-07931/02  |
| - RILEX 2,5 MG TABLETTA                   | 30x<br>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  |

| Termék név                                         | Kiszerezés                                   | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|
| - RIVOTRIL 2 MG TABLETTA                           | 30x üvegben                                  | OGYI-T-01358/02  |
| - SERLIFT 50 MG FILMTABLETTA                       | 28x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08682/01  |
| - SERTADEPI 50 MG FILMTABLETTA                     | 30x                                          | OGYI-T-10350/01  |
| - SERTAGEN 50 MG FILMTABLETTA                      | 30x                                          | OGYI-T-10034/01  |
| - SERTRALIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA             | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-09374/02  |
| - SERTRALIN SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-09374/01  |
| - SERTRALINE AUROBINDO 50 MG FILMTABLETTA          | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20583/07  |
| - SERTRALIN-TEVA 50 MG FILMTABLETTA                | 30x                                          | OGYI-T-10321/01  |
| - SERTRALIN-ZENTIVA 100 MG FILMTABLETTA            | 28x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-10177/02  |
| - SERTRALIN-ZENTIVA 50 MG FILMTABLETTA             | 28x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-10177/01  |
| - STIMULOTON 100 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-07885/02  |
| - STIMULOTON 50 MG FILMTABLETTA                    | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-07885/01  |
| - TEPERIN FILMTABLETTA                             | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-03398/01  |
| - XANAX SR 0,5 MG RETARD TABLETTA                  | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-04617/01  |
| - XANAX SR 1 MG RETARD TABLETTA                    | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-04617/02  |
| - XANAX SR 2 MG RETARD TABLETTA                    | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-04617/03  |
| - XANAX 0,25 MG TABLETTA                           | 100x átlátszó<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-04617/05  |
| - XANAX 0,5 MG TABLETTA                            | 100x átlátszó<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-04617/07  |
| - XANAX 1 MG TABLETTA                              | 30x átlátszó<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-04617/08  |
| - ZOLOFT 20 MG/ML KONCENTRÁTUM BELSŐLEGES OLDATHOZ | 1x60 ml üvegben                              | OGYI-T-04342/02  |
| - ZYLORAM 20 MG FILMTABLETTA                       | 28x<br>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 szomatiform 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 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                                                  | Kiszerezés                                   | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|
| - ANEPTINEX 12,5 MG FILMTABLETTA                            | 90x<br>buboréksomagolásban<br>(al/al)        | OGYI-T-21864/03  |
| - ANEPTINEX 12,5 MG FILMTABLETTA                            | 90x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-21864/05  |
| - CIPRALEX MELTZ 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08634/05  |
| - CIPRALEX MELTZ 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08634/06  |
| - CIPRALEX 10 MG FILMTABLETTA                               | 28x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08634/01  |
| - COAXIL 12,5 MG BEVONT TABLETTA                            | 90x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-04858/02  |
| - ELONTRIL 150 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ<br>TABLETTA   | 30x hdpe tartályban                          | OGYI-T-20351/01  |
| - ELONTRIL 300 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ<br>TABLETTA   | 30x hdpe tartályban                          | OGYI-T-20351/02  |
| - ESCIGEN 10 MG FILMTABLETTA                                | 28x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21655/01  |
| - ESCITALOPRAM ACTAVIS 10 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-22646/03  |
| - ESCITALOPRAM SANDOZ 10 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-22281/13  |
| - ESCITALOPRAM TEVA 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ<br>TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-22558/01  |
| - ESCITALOPRAM TEVA 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ<br>TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-22558/02  |
| - ESCITALOPRAM-TEVA 10 MG FILMTABLETTA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20825/02  |
| - ESCITIL 10 MG FILMTABLETTA                                | 28x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20966/05  |
| - FALVEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20411/29  |
| - FAXIPROL 150 MG RETARD TABLETTA                           | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20519/22  |
| - FAXIPROL 75 MG RETARD TABLETTA                            | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20519/12  |
| - JARVIS 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20449/03  |
| - JARVIS 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                       | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20449/02  |
| - LANOCIPRAM 10 MG FILMTABLETTA                             | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20984/01  |
| - MIAGEN 10 MG FILMTABLETTA                                 | 90x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-06217/01  |
| - MIAGEN 30 MG FILMTABLETTA                                 | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-06217/02  |
| - MIAGEN 60 MG FILMTABLETTA                                 | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-06217/03  |
| - OLWEXYA 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                     | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20205/29  |
| - OLWEXYA 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                    | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20205/05  |
| - OLWEXYA 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20205/17  |
| - SCIPPA 10 MG FILMTABLETTA                                 | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21008/08  |
| - SCIPPA 15 MG FILMTABLETTA                                 | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21008/13  |
| - SCIPPA 20 MG FILMTABLETTA                                 | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21008/18  |

| Termék név                                                                | Kiszerelés                                      | Törzskönyvi szám |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| - SCIPPA 5 MG FILMTABLETTA                                                | 30x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-21008/03  |
| - TIAGER 100 MG TABLETTA                                                  | 50x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-20938/02  |
| - TIALERA 12,5 MG FILMTABLETTA                                            | 90x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)    | OGYI-T-21808/05  |
| - TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA                                               | 20x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-01117/01  |
| - TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA                                               | 50x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-01117/02  |
| - TOLVON 60 MG FILMTABLETTA                                               | 30x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-02377/01  |
| - TRITTICO AC 150 MG RETARD TABLETTA                                      | 20x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-08570/01  |
| - TRITTICO AC 150 MG RETARD TABLETTA                                      | 60x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-08570/02  |
| - VELAXIN 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                                  | 28x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-09736/03  |
| - VELAXIN 50 MG TABLETTA                                                  | 30x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-09736/16  |
| - VELAXIN 50 MG TABLETTA                                                  | 60x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-09736/17  |
| - VELAXIN 75 MG TABLETTA                                                  | 28x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-09736/01  |
| - VELAXIN 75 MG TABLETTA                                                  | 56x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-09736/02  |
| - VENLAFAXIN BLUEFISH 150 MG NYÚJTOTT<br>HATÓANYAGLEADÁSÚ KEMÉNY KAPSZULA | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/aclar//al)   | OGYI-T-21294/02  |
| - VENLAFAXIN BLUEFISH 75 MG NYÚJTOTT<br>HATÓANYAGLEADÁSÚ KEMÉNY KAPSZULA  | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/aclar//al)   | OGYI-T-21294/01  |
| - VENLAGAMMA 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                                | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(méretben eltérő) | OGYI-T-21003/71  |
| - VENLAGAMMA 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                               | 30x<br>buboréksomagolásban                      | OGYI-T-21003/06  |
| - WELLBUTRIN SR 150 MG RETARD TABLETTA                                    | 30x<br>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                                                   | Kiszerezés                 | 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-06922/01  |
| - MIRTADEPI 30 MG FILMTABLETTA                               | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10475/02  |
| - MIRTADEPI 45 MG FILMTABLETTA                               | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10475/03  |
| - MIRTASTAD 30 MG FILMTABLETTA                               | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10548/01  |
| - MIRTASTAD 45 MG FILMTABLETTA                               | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10548/03  |
| - MIRTAZAPIN ORION 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA      | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20309/01  |
| - MIRTAZAPIN ORION 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA      | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20309/02  |
| - MIRTAZAPIN ORION 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA      | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20309/03  |
| - MIRTAZAPIN SANDOZ 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20584/04  |
| - MIRTAZAPIN SANDOZ 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20584/06  |
| - MIRTAZAPINE AUROBINDO 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20576/09  |
| - MIRTAZAPINE AUROBINDO 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20576/15  |
| - MIRTAZAPINE BLUEFISH 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20991/02  |
| - MIRTAZAPINE BLUEFISH 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20991/03  |
| - MIRTAZAPIN-ZENTIVA 30 MG FILMTABLETTA                      | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20754/01  |
| - MIRTAZAPIN-ZENTIVA 45 MG FILMTABLETTA                      | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20754/02  |
| - MIRZATEN Q-TAB 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09392/05  |
| - MIRZATEN Q-TAB 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09392/08  |
| - MIRZATEN Q-TAB 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09392/11  |
| - MIRZATEN 15 MG FILMTABLETTA                                | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09392/01  |
| - MIRZATEN 30 MG FILMTABLETTA                                | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09392/02  |
| - MIRZATEN 45 MG FILMTABLETTA                                | 30x<br>buboréksomagolásban | 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09779/01  |
| - MIZAPIN 30 MG FILMTABLETTA                                 | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09779/17  |
| - MIZAPIN 45 MG FILMTABLETTA                                 | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09779/18  |
| - VALDOXAN 25 MG FILMTABLETTA                                | 28x                        | EU/1/08/499/003  |

| Termék név                                     | Kiszereles                                                                                       | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - YAROCEN 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/al leválasztható<br>takarófóliájú,<br>egységadagot tartalmazó) | OGYI-T-20595/02  |
| - YAROCEN 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/al leválasztható<br>takarófóliájú,<br>egységadagot tartalmazó) | OGYI-T-20595/04  |
| - YAROCEN 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/al leválasztható<br>takarófóliájú,<br>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                 | Kiszereles | Törzskönyvi szám |
|----------------------------|------------|------------------|
| - LITICARB 500 MG TABLETTA | 20x        | OGYI-T-04954/01  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                 | Kiszereles                 | Törzskönyvi szám |
|----------------------------|----------------------------|------------------|
| - NEUROTOP 200 MG TABLETTA | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-01863/01  |

| Termék név                                                | Kiszerelés                                                  | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|
| - NEUROTOP 300 MG RETARD TABLETTA                         | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-01479/01  |
| - NEUROTOP 600 MG RETARD TABLETTA                         | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-01479/02  |
| - STAZEPINE 200 MG TABLETTA                               | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-20578/01  |
| - TEGRETOL CR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA | 50x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al               | OGYI-T-05833/01  |
| - TEGRETOL CR 400 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al               | OGYI-T-05833/02  |
| - TEGRETOL 100 MG/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ             | 1x100 ml üvegben                                            | OGYI-T-05833/04  |
| - TEGRETOL 200 MG TABLETTA                                | 50x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al               | OGYI-T-05833/06  |
| - TEGRETOL 200 MG TABLETTA                                | 50x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al super triplex | OGYI-T-05833/07  |
| - TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA                          | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-04117/02  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 gyógyszerert 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 |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - CONVULEX 300 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ LÁGY KAPSZULA   | 100x<br>buboréksomagolásban<br>(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 TABLETTA                           | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-10383/03  |
| - EPITRIGINE 200 MG TABLETTA                           | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-10383/05  |
| - EPITRIGINE 25 MG TABLETTA                            | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-10383/01  |
| - EPITRIGINE 50 MG TABLETTA                            | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-10383/02  |
| - GEROLAMIC 100 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/21  |

| Termék név                                             | Kiszereelés                                   | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - GEROLAMIC 200 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/27  |
| - GEROLAMIC 25 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/09  |
| - GEROLAMIC 5 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA   | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/03  |
| - GEROLAMIC 50 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(aclar/pvc//al) | OGYI-T-20566/15  |
| - LAMICTAL 100 MG TABLETTA                             | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04094/15  |
| - LAMICTAL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA           | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04094/17  |
| - LAMICTAL 25 MG TABLETTA                              | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04094/04  |
| - LAMICTAL 50 MG TABLETTA                              | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-04094/06  |
| - LAMITRIN 100 MG TABLETTA                             | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-08805/11  |
| - LAMITRIN 25 MG TABLETTA                              | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-08805/09  |
| - LAMITRIN 50 MG TABLETTA                              | 42x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-08805/10  |
| - LAMOLEP 100 MG TABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-09333/03  |
| - LAMOLEP 200 MG TABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-09333/04  |
| - LAMOLEP 25 MG TABLETTA                               | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-09333/01  |
| - LAMOLEP 50 MG TABLETTA                               | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-09333/02  |
| - LAMOTRIGIN AUROBINDO 100 MG TABLETTA                 | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-21321/60  |
| - LAMOTRIGIN AUROBINDO 50 MG TABLETTA                  | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-21321/34  |
| - LAMOTRIGIN ORION 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20380/03  |
| - LAMOTRIGIN ORION 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20380/01  |
| - LAMOTRIGIN ORION 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20380/02  |
| - LAMOTRIGIN-GENERIC (UK) 100 MG TABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20317/05  |
| - LAMOTRIGIN-GENERIC (UK) 50 MG TABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20317/03  |
| - LAMOTRIGIN-TEVA 100 MG TABLETTA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20157/03  |
| - LAMOTRIGIN-TEVA 25 MG TABLETTA                       | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20157/01  |
| - LAMOTRIGIN-TEVA 50 MG TABLETTA                       | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20157/02  |
| - LATRIGIL 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/aclar)  | OGYI-T-10443/08  |
| - LATRIGIL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/aclar)  | OGYI-T-10443/10  |
| - LATRIGIL 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA                | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/aclar)  | OGYI-T-10443/04  |

| Termék név                              | Kiszerelés                                    | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - LATRIGIL 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x<br>buborékcsomagolásban<br>(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 | Gyermek- 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<br>buborékcsomagolásban | 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): 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<br>buborékcsomagolásban | OGYI-T-02241/01  |
| - ANAFRANIL 25 MG BEVONT TABLETTA       | 30x átlátszó<br>buborékcsomagolásban | OGYI-T-02241/03  |
| - ANAFRANIL 25 MG/2 ML OLDATOS INJEKCIÓ | 10x2ml ampulla                       | OGYI-T-02241/04  |
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 0,5 MG TABLETTA  | 30x<br>buborékcsomagolásban          | OGYI-T-08405/01  |
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 0,5 MG TABLETTA  | 50x<br>buborékcsomagolásban          | OGYI-T-08405/03  |

| Termék név                                                | Kiszerezés                                                  | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 2 MG TABLETTA                      | 100x<br>buboréksomagolásban                                 | OGYI-T-08405/04  |
| - CLONAZEPAM TARCHOMIN 2 MG TABLETTA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-08405/02  |
| - NEUROTOP 200 MG TABLETTA                                | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-01863/01  |
| - NEUROTOP 300 MG RETARD TABLETTA                         | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-01479/01  |
| - NEUROTOP 600 MG RETARD TABLETTA                         | 50x<br>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  |
| - STAZEPINE 200 MG TABLETTA                               | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-20578/01  |
| - TEGRETOL CR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA | 50x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al               | OGYI-T-05833/01  |
| - TEGRETOL CR 400 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al               | OGYI-T-05833/02  |
| - TEGRETOL 100 MG/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ             | 1x100 ml üvegben                                            | OGYI-T-05833/04  |
| - TEGRETOL 200 MG TABLETTA                                | 50x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al               | OGYI-T-05833/06  |
| - TEGRETOL 200 MG TABLETTA                                | 50x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al super triplex | OGYI-T-05833/07  |
| - TEPERIN FILMTABLETTA                                    | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-03398/01  |
| - TIAGER 100 MG TABLETTA                                  | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-20938/02  |
| - TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA                               | 20x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-01117/01  |
| - TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA                               | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-01117/02  |
| - TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA                          | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-04117/02  |

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

EÜ90 10.

**Támogatott indikációk:**

- Koleszterin-epekövek oldása az epehólyagban.
- Primer biliaris cirrhosis tüneti kezelése, amennyiben dekompenzált májcirrhosis 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 gastroenterológia | 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<br>buborékcsomagolásban | 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<br>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 |

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

| Munkahely                                      | Szakképesítés              | Jogosultság         |
|------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|
| 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 |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - BUDENOFALK 2 MG VÉGBÉLHAB                              | 1x14adag al tartályban                                                                          | OGYI-T-08898/02  |
| - BUDENOFALK 3 MG KEMÉNY KAPSZULA                        | 100x<br>buboréksomagolásban                                                                     | OGYI-T-08898/01  |
| - ENTOCORT 2 MG VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ                        | 7x<br>buboréksomagolásban +<br>7 db műanyag oldószeres<br>flakon + 7 db kézzel<br>műanyag tasak | OGYI-T-05763/01  |
| - ENTOCORT 3 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                   | 100x hdpe tartályban                                                                            | OGYI-T-05763/02  |
| - PENTASA 1 G RETARD TABLETTA                            | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(opa/al/pvc//al)                                                  | OGYI-T-04798/05  |
| - PENTASA 1 G VÉGBÉLKÚP                                  | 28x<br>buboréksomagolásban                                                                      | OGYI-T-04798/02  |
| - PENTASA 1 G VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ                          | 7x műanyag applikátor                                                                           | OGYI-T-04798/03  |
| - PENTASA 2 G RETARD GRANULÁTUM                          | 60x tasakban                                                                                    | OGYI-T-04798/04  |
| - PENTASA 500 MG RETARD TABLETTA                         | 100x<br>buboréksomagolásban                                                                     | OGYI-T-04798/01  |
| - SALOFALK 1 G VÉGBÉLKÚP                                 | 30x                                                                                             | OGYI-T-01612/05  |
| - SALOFALK 2 G/30 ML VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ                   | 7x30 ml tartályban                                                                              | OGYI-T-01612/06  |
| - SALOFALK 250 MG BÉLBEN OLDÓDÓ TABLETTA                 | 100x<br>buboréksomagolásban                                                                     | OGYI-T-01612/01  |
| - SALOFALK 250 MG VÉGBÉLKÚP                              | 30x fóliacsomagolásban                                                                          | OGYI-T-01612/03  |
| - SALOFALK 3 G GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ RETARD<br>GRANULÁTUM | 30x tasakban                                                                                    | OGYI-T-01612/15  |
| - SALOFALK 4 G VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ                         | 7x60ml tartályban                                                                               | OGYI-T-01612/07  |
| - SALOFALK 500 MG BÉLBEN OLDÓDÓ TABLETTA                 | 100x<br>buboréksomagolásban                                                                     | OGYI-T-01612/02  |
| - SALOFALK 500 MG VÉGBÉLKÚP                              | 30x fóliacsomagolásban                                                                          | OGYI-T-01612/04  |
| - XALAZIN 250 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA           | 100x átlátszó<br>buboréksomagolásban                                                            | OGYI-T-09201/01  |
| - XALAZIN 250 MG VÉGBÉLKÚP                               | 30x pvc/pe fóliában                                                                             | OGYI-T-09203/01  |
| - XALAZIN 500 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA           | 100x átlátszó<br>buboréksomagolásban                                                            | OGYI-T-09202/01  |
| - XALAZIN 500 MG VÉGBÉLKÚP                               | 30x pvc/pe fóliában                                                                             | OGYI-T-09204/01  |

**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 |
|-----------|---------------|-------------|
|-----------|---------------|-------------|

**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<br>buboréksomagolásban                        | OGYI-T-07459/04  |
| - ACICLOVIR AL 200 MG TABLETTA                    | 50x<br>buboréksomagolásban                        | OGYI-T-07459/05  |
| - ACICLOVIR AL 400 MG TABLETTA                    | 25x<br>buboréksomagolásban                        | OGYI-T-07459/06  |
| - ACICLOVIR AL 400 MG TABLETTA                    | 50x<br>buboréksomagolásban                        | OGYI-T-07459/07  |
| - DERMYC 150 MG KEMÉNY KAPSZULA                   | 1x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-09322/05  |
| - DERMYC 150 MG KEMÉNY KAPSZULA                   | 2x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-09322/07  |
| - DERMYC 150 MG KEMÉNY KAPSZULA                   | 4x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-09322/09  |
| - DERMYC 50 MG KEMÉNY KAPSZULA                    | 7x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-09322/01  |
| - DIFLUCAN 10 MG/ML POR BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ | 1x24,4g hdpe tartályban +<br>műanyag adagolókanál | OGYI-T-01550/07  |
| - DIFLUCAN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 28x átlátszó<br>buboréksomagolásban               | OGYI-T-01550/02  |
| - DIFLUCAN 150 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 1x átlátszó<br>buboréksomagolásban                | OGYI-T-01550/03  |
| - DIFLUCAN 150 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 2x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-01550/04  |
| - DIFLUCAN 150 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 4x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-01550/05  |
| - DIFLUCAN 40 MG/ML POR BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ | 1x24,4g hdpe tartályban<br>+műanyag adagolókanál  | OGYI-T-01550/08  |
| - DIFLUCAN 50 MG KEMÉNY KAPSZULA                  | 7x átlátszó<br>buboréksomagolásban                | OGYI-T-01550/01  |
| - FAMVIR 125 MG FILMTABLETTA                      | 10x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban     | OGYI-T-05174/01  |
| - FAMVIR 250 MG FILMTABLETTA                      | 15x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban     | OGYI-T-05174/02  |
| - FLUCOHEXAL 150 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 1x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-09648/01  |
| - FLUCOHEXAL 150 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 4x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-09648/02  |
| - FLUCOHEXAL 50 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 7x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-09648/03  |
| - FLUCONAZOLE AUROBINDO 150 MG KEMÉNY KAPSZULA    | 1x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-21812/39  |
| - FLUCONAZOLE AUROBINDO 150 MG KEMÉNY KAPSZULA    | 2x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-21812/40  |
| - FLUCONAZOLE AUROBINDO 150 MG KEMÉNY KAPSZULA    | 4x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-21812/42  |
| - FLUCONAZOLE-Q PHARMA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA     | 2x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-21476/02  |
| - FLUCONAZOLE-Q PHARMA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA     | 4x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-21476/03  |
| - FLUCONAZOL-RATIOPHARM 50 MG KEMÉNY KAPSZULA     | 7x                                                | OGYI-T-08583/01  |
| - FLUCONER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 1x<br>buboréksomagolásban                         | OGYI-T-20314/04  |

| Termék név                                      | Kiszerezés                             | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| - FLUCONER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 2x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20314/05  |
| - FLUCONER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 4x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20314/06  |
| - HERPESIN 200 MG TABLETTA                      | 25x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-08871/02  |
| - HERPESIN 400 MG TABLETTA                      | 25x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-08871/03  |
| - HERPESIN 400 MG TABLETTA                      | 35x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-08871/05  |
| - ITRACONAZOL-RATIOPHARM 100 MG KEMÉNY KAPSZULA | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10600/03  |
| - ITRACONEP 100 MG KEMÉNY KAPSZULA              | 28x                                    | OGYI-T-20859/02  |
| - ITRAGEN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-20196/03  |
| - LAMISIL PEDIATRIC 125 MG TABLETTA             | 14x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-01866/03  |
| - MYCONAFINE 250 MG TABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban             | 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<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10601/05  |
| - OMICRAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10601/06  |
| - OMICRAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 4x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-10601/04  |
| - ORUNGAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 15x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-02172/02  |
| - ORUNGAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-02172/03  |
| - TELVIRAN 200 MG TABLETTA                      | 25x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-05695/01  |
| - TELVIRAN 400 MG TABLETTA                      | 35x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-05695/02  |
| - TERBIGEN 250 MG TABLETTA                      | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10544/01  |
| - TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA              | 14x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10029/01  |
| - TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10029/02  |
| - TERBINER 250 MG TABLETTA                      | 14x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/al) | OGYI-T-20357/01  |
| - TERBINER 250 MG TABLETTA                      | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/al) | OGYI-T-20357/02  |
| - TERBISIL KID 125 MG TABLETTA                  | 14x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-07454/03  |
| - TERBISIL 250 MG TABLETTA                      | 14x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-07454/01  |
| - TERBISIL 250 MG TABLETTA                      | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-07454/02  |

| Termék név                                | Kiszerelés                 | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - TERFIN 250 MG TABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09601/02  |
| - TINEAL 250 MG TABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10265/02  |
| - VIROLEX 200 MG TABLETTA                 | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-01375/03  |
| - 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<br>buboréksomagolásban | EU/1/99/118/001  |
| - ARAVA 10 MG FILMTABLETTA     | 30x műanyag tartályban     | EU/1/99/118/003  |
| - ARAVA 100 MG FILMTABLETTA    | 3x<br>buboréksomagolásban  | EU/1/99/118/009  |
| - ARAVA 20 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban | EU/1/99/118/005  |
| - ARAVA 20 MG FILMTABLETTA     | 30x műanyag tartályban     | EU/1/99/118/007  |
| - CIQORIN 10 MG LÁGY KAPSZULA  | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/01  |
| - CIQORIN 100 MG LÁGY KAPSZULA | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/04  |
| - CIQORIN 25 MG LÁGY KAPSZULA  | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/02  |

| Termék név                                                       | Kiszerezés                         | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| - CIQORIN 50 MG LÁGY KAPSZULA                                    | 50x<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-22532/03  |
| - EBETREXAT 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 1x0,5ml előretöltött fecskendőben  | OGYI-T-20971/39  |
| - EBETREXAT 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 1x0,75ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-20971/51  |
| - 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<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-21598/01  |
| - LEFLUNOMID APOTEX 20 MG TABLETTA                               | 30x<br>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  |
| - LEFLUNOMIDE MYLAN 20 MG FILMTABLETTA                           | 30x<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-22368/03  |
| - 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<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-04469/01  |
| - NEOTIGASON 25 MG KEMÉNY KAPSZULA                               | 30x<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-04469/02  |
| - REPSO 20 MG FILMTABLETTA                                       | 30x hdpe tartályban                | EU/1/11/674/006  |
| - SANDIMMUN NEORAL 10 MG LÁGY KAPSZULA                           | 60x<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-04200/02  |
| - SANDIMMUN NEORAL 100 MG LÁGY KAPSZULA                          | 50x<br>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<br>buboréksomagolásban         | OGYI-T-04200/03  |
| - SANDIMMUN NEORAL 50 MG LÁGY KAPSZULA                           | 50x<br>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 növekedéskésleltetés, 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 gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

| Munkahely                                      | Szakképesítés                | Jogosultság         |
|------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Gyermekek gasztroenterológia | javasolhat és írhat |

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

| Munkahely                                        | Szakképesítés   | Jogosultság         |
|--------------------------------------------------|-----------------|---------------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet   | Gyermekebészet  | javasolhat és írhat |
| Háziorvos                                        | Megkötés nélkül | javaslatra írhat    |
| Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap. |                 |                     |
| Termék név                                       | Kiszerelés      | Törzskönyvi szám    |
| - MILUMIL PREGOMIN AS                            | 400 g           | 1230                |
| - NEOCATE LCP                                    | 400 g           | 1048                |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** D5090, E4300, 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 kezdődő 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 kezdődő 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<br>buborékcsoomagolásban          | OGYI-T-09405/02  |
| - ANDROGEL 50 MG GÉL TASAKBAN           | 30x tasakban                          | OGYI-T-20015/02  |
| - NEBIDO 250 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ     | 1x4 ml ampulla                        | OGYI-T-10175/01  |
| - NEBIDO 250 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ     | 1x4ml injekciós üvegben               | OGYI-T-10175/02  |
| - PROVIRON 25 MG TABLETTA               | 50x átlátszó<br>buborékcsoomagolásban | OGYI-T-04565/02  |
| - 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

**Támogatott indikációk:**

---

- Colitis ulcerosa
- Gluténszenzitív enteropathia
- Rheumatoid arthritis más szervek ill. szervrendszerek érintettsége esetén is
- Fiatalkori ízületi 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

**Támogatott indikációk:**

- Mikroszkópos polyangiitis
- Churg-Strauss szindróma
- Takayasu-arteritis
- 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<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20277/02  |
| - AZATHIOPRIN EBEWE 75 MG FILMTABLETTA                  | 100x tartályban                                | OGYI-T-20277/04  |
| - DEPO-MEDROL 40 MG/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ            | 1x1 ml üvegben                                 | 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-00665/02  |
| - IMURAN 50 MG FILMTABLETTA                             | 100x átlátszatlan fehér<br>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  |
| - METILPREDNIZOLON-TEVA 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ   | 1x üvegben                                     | OGYI-T-07862/01  |
| - METILPREDNIZOLON-TEVA 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ   | 10x 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<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-03091/03  |
| - PREDNISOLON-RICHTER 5 MG TABLETTA                     | 20x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-03091/01  |
| - SOLU-MEDROL 40 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ | 1x kétrekeszes injekciós<br>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 FÜKEVERÉK 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 oldószert injekciós üvegben  | OGYI-T-08398/01  |
| - VENOMENHAL MÉH POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ     | 6x injekciós üvegben + 6x1,2 ml oldószert injekciós üvegben | OGYI-T-08396/01  |

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

**EÜ90 22/a.**

**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 |
|------------|------------|------------------|
|------------|------------|------------------|

| Termék név                                                  | Kiszereelés                                             | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------|
| - AKISTAN 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP                      | 1x2,5ml cseppentős tartályban                           | OGYI-T-22248/01  |
| - 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  |
| - 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  |
| - DOZOPRES COMBI 20 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP         | 1x5ml cseppentős tartályban                             | OGYI-T-21780/01  |
| - 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 KOMB 0,05 MG/ML + 5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP      | 1x2,5ml tartályban                                      | OGYI-T-22602/01  |
| - 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  |
| - LATANOPROST PFIZER 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP           | 1x2,5ml tartályban (védőkupakkal, ldpe/ldpe cseppentős) | OGYI-T-21936/01  |
| - 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  |
| - PRECISA 0,05 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP              | 1x2,5ml tartályban                                      | OGYI-T-22214/01  |
| - PRECISA 0,05 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP              | 3x2,5ml tartályban                                      | OGYI-T-22214/02  |
| - 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  |
| - VENTURAX 20 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP               | 1x5ml cseppentős tartályban                             | OGYI-T-21781/01  |
| - 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  |

| Termék név                             | Kiszerelés                                          | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|
| - 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 22/b.

**Támogatott indikációk:**

- Nyílt-zugú glaukoma kezelésére olyan betegek részére, akiknél a 22/a. pontban felsorolt gyógyszerekkel szemben orvosilag dokumentált konzerválószer intolerancia áll fenn.

**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 |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|
| - COSOPT UNO 20 MG/ML+5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP                    | 60x0,2ml egyadagos tartályban | OGYI-T-07662/03  |
| - TAFLOTAN 15 MIKROGRAMM/ML OLDATOS SZEMCSEPP EGYADAGOS TARTÁLYBAN | 30x0,3ml egyadagos tartályban | OGYI-T-21851/01  |

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  |

| Termék név                                    | Kiszerelés                   | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------|------------------------------|------------------|
| - 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<br>buborékcsomagolásban  | OGYI-T-01214/03  |
| - ROCALTROL 0,5 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA      | 100x<br>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 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 kezdődő 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 |
|-----------|---------------|-------------|
|-----------|---------------|-------------|

**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 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 kezdődő 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 TEJMENTES                   | 500 g         | 1815             |
| - 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 kezdődő 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 TEJMENTES                   | 500 g         | 1815             |
| - 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 kezdődő 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              |
| - 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 kezdődő 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 kezdődő 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21706/06  |
| - CODOXY 20 MG RETARD TABLETTA                                          | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21706/10  |
| - CODOXY 5 MG RETARD TABLETTA                                           | 30x<br>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<br>TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ | 5x tasakban                | OGYI-T-20155/03  |

| Termék név                                                  | Kiszerelés                  | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| - 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<br>buborékcsomagolásban | OGYI-T-07166/03  |
| - OXYCONTIN 20 MG RETARD FILMTABLETTA                       | 30x<br>buborékcsomagolásban | OGYI-T-07166/04  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** M169, M179, M1990, 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 gyógyszerert 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 | Gyermekeksebészet            | 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 | Sugártherápia                | 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             |
| - 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                              | 500 ml           | 1654             |
| - NUTRINI ENERGY                       | 200 ml           | 1486             |
| - NUTRINI ENERGY                       | 500 ml           | 1655             |

| Termék név                          | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------|------------|------------------|
| - NUTRINI MULTI FIBRE               | 500 ml     | 1657             |
| - NUTRISON ADVANCED DIASON          | 1000 ml    | 1431             |
| - NUTRISON ADVANCED PEPTISORB       | 1000 ml    | 1596             |
| - NUTRISON ADVANCED PEPTISORB       | 500 ml     | 1025             |
| - NUTRISON ENERGY                   | 1000 ml    | 1505             |
| - NUTRISON ENERGY MULTI FIBRE       | 1000 ml    | 1432             |
| - NUTRISON POWDER                   | 430 g      | 1040             |
| - NUTRISON 1200 COMPLETE MULTIFIBRE | 1500 ml    | 1407             |
| - OSMERAL COMPLETE TETRA            | 470 ml     | 1633             |
| - OSMERAL HN NEUTRAL                | 500 ml     | 1631             |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** C, E40H0, E41H0, E42H0, E43, 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 gastroenterológia | 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 érvényessége ideje 12 hónap.

| Termék név | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|------------|------------|------------------|
| - CYSTILAC | 900 g      | 1540             |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 |
|-----------------|----------------|-------------|
| Megkötés nélkül | Bőrgyógyászata | írhat       |

| Termék név                          | Kiszerezés                             | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| - LAMISIL PEDIATRIC 125 MG TABLETTA | 14x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-01866/03  |
| - MYCONAFINE 250 MG TABLETTA        | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-20313/01  |
| - TERBIGEN 250 MG TABLETTA          | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10544/01  |
| - TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA  | 14x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10029/01  |
| - TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10029/02  |
| - TERBINER 250 MG TABLETTA          | 14x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/al) | OGYI-T-20357/01  |
| - TERBINER 250 MG TABLETTA          | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/al) | OGYI-T-20357/02  |
| - TERBISIL KID 125 MG TABLETTA      | 14x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-07454/03  |
| - TERBISIL 250 MG TABLETTA          | 14x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-07454/01  |
| - TERBISIL 250 MG TABLETTA          | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-07454/02  |
| - TERFIN 250 MG TABLETTA            | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-09601/02  |
| - TINEAL 250 MG TABLETTA            | 28x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-10265/02  |

**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       |

**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   | Reumatológia            | írhat       |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet   | Traumatológia           | írhat       |
| Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés | Belgyógyászat           | írhat       |
| Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés | Szülész-nőgyógyászat    | írhat       |

| Termék név                                                                 | Kiszerelés | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|
| - FORSTEO 20 MCG/80 MCL OLDATOS INJEKCIÓ<br>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<br>PATRONBAN     | 2x5x3ml    | EU/1/96/007/024  |
| - HUMALOG MIX 50 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ<br>PATRONBAN     | 2x5x3ml    | EU/1/96/007/025  |
| - NOVOMIX 30 PENFILL 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ<br>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 szímtómás szívelégtelenség (NYHA III-IV., LVEF <40%) kiegészítő terápiájaként.

**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 |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|
| - INSPRA 25 MG FILMTABLETTA   | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20042/01  |
| - INSPRA 50 MG FILMTABLETTA   | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20042/02  |
| - LICEPLER 25 MG FILMTABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21831/01  |
| - LICEPLER 50 MG FILMTABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21831/03  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 gyógyszert 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-08898/01  |

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

EÜ90 33.

**Támogatott indikációk:**

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

**A javaslatot kiállító és a gyógyszert 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 kezdődő kódot): D25

**EÜ90 34.****Támogatott indikációk:**

- ECHO ultrahang vizsgálattal bizonyított szisztolés diszfunkcióval társuló, NYHA II-IV stádiumú, krónikus szívelégtelenségben szenvedő olyan betegeknél, akiknek sinus ritmusuk van, és akiknek a szívfrekvenciája > egyenlő 75/perc, béta-blokkolót is magába foglaló standardkezelés mellett, vagy olyan esetekben, amikor a béta-blokkolók alkalmazása ellenjavallt vagy a beteg nem tolerálja azt
- Invazív vagy non-invazív módszerekkel igazolt krónikus stabil angina pectoris tüneti kezelésére sinus ritmusban, ha kombinált antianginás kezelés ellenére tachycardia okozta recurrens angina fennáll béta-blokkolót is magába foglaló standardkezelés mellett, vagy olyan esetekben, amikor a béta-blokkolók alkalmazása ellenjavallt vagy a beteg nem tolerálja azt

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                       | Kiszerezés | 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, I5092, I5093, I5094

**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-gyermekegyógyászat | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Belgyógyászat               | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Csecsemő-gyermekegyógyászat | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Endokrinológia              | javasolhat és írhat |
| Háziorvos                                      | Megkötés nélkül             | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                                                                                | Kiszerezés                            | 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 SOLOSTAR 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN   | 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 SOLOSTAR 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 SOLOSTAR 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) 1-es vagy 2-es típusú diabetesben szenvedő cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást ( $HbA_{1c} < 8,0\%$ ) nem lehetett elérni, vagy megfelelő életmód-terápia mellett az étkezés után 60-90 perccel mért posztprandriális vércukorszint érték havonta négy alkalommal meghaladja a 10,0 mmol/l értéket, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikæmia jelentkezik.
- Három hónapnál rövidebb ideig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló cukorbeteg részére, ha legalább egy - az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos (az elhárításhoz külső segítséget igénylő) hypoglikæmia jelentkezik.
- 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében a gyógyszer alkalmazása egy év után csak akkor folytatható, ha a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző egy éven belül három - legalább két hónap különbséggel mért -  $HbA_{1c}$  értéke közül kettő 8,0% alatt van. (A gyógyszer alkalmazása a  $HbA_{1c}$  értéktől függetlenül akkor is folytatható, ha a betegnek legalább egy - az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos, az elhárításhoz külső segítséget igénylő hypoglikæmiás eseménye volt.)
- A fenti feltételek alapján végzett kezelést követően, 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében
  - legalább egy évig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást ( $HbA_{1c} < 8,0\%$ ) nem lehetett elérni, vagy megfelelő életmód-terápia mellett az étkezés után 60-90 perccel mért posztprandriális vércukorszint érték havonta négy alkalommal meghaladja a 10,0 mmol/l értéket, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikæmia jelentkezik.
  - legalább fél évig az Eü50 6/d. pont alapján kezelt cukorbeteg részére, amennyiben a szakorvosi javaslat kiállítását megelőzően legalább két hónap különbséggel mért  $HbA_{1c}$  értéke közül kettő 8,0% alatt van.
- A kezelés további fenntartására a fenti szabályok vonatkoznak.

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

| Munkahely                                      | 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                                     | 2x5x3ml                              | EU/1/96/007/023  |
| - NOVORAPID PENFILL 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN                           | 10x3ml patronban                     | EU/1/99/119/006  |

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

**EÜ100 3.****Támogatott indikációk:**

- Legalább 3 hónapig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) 1-es vagy 2-es típusú diabetesben szenvedő cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást ( $HbA1c < 8,0\%$ ) nem lehetett elérni, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikæmia jelentkezik.
- Három hónapnál rövidebb ideig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló cukorbeteg részére, ha legalább egy - az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos (az elhárításhoz külső segítséget igénylő) hypoglikæmia jelentkezik.
- 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében a gyógyszer alkalmazása egy év után csak akkor folytatható, ha a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző egy éven belül három - legalább két hónap különbséggel mért -  $HbA1c$  értéke közül kettő  $8,0\%$  alatt van. (A gyógyszer alkalmazása a  $HbA1c$  értéktől függetlenül akkor is folytatható, ha a betegnek legalább egy - az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos, az elhárításhoz külső segítséget igénylő hypoglikæmiás eseménye volt.)
- A fenti feltételek alapján végzett kezelést követően, 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében
  - legalább egy évig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást ( $HbA1c < 8,0\%$ ) nem lehetett elérni, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikæmia jelentkezik.
  - legalább fél évig az EÜ50 6/d. pont alapján kezelt cukorbeteg részére, amennyiben a szakorvosi javaslat kiállítását megelőzően legalább két hónap különbséggel mért  $HbA1c$  értéke közül kettő  $8,0\%$  alatt van.
- A kezelés további fenntartására a fenti szabályok vonatkoznak.

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

| Munkahely                                      | 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                                                                        | Kiszerezés                           | 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 kezdődő 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 |
|-----------|---------------|-------------|
|-----------|---------------|-------------|

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

| Munkahely                                        | Szakképesítés     | Jogosultság         |
|--------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet   | Gyermekneurológia | 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 FECSEKENDŐBEN | 1x0,5ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-09451/01  |
| - TETANOL PUR SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 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         |
|------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| 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 gyógyszert 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

**EÜ100 7/a.**

**Támogatott indikációk:**

- Transzplantált beteg részére az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

**A javaslatot kiállító és a gyógyszert 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 | Gyermekek gasztroenterológia    | javasolhat és írhat |
| Kijelölt intézmény | Gyermekebészet                  | javasolhat és írhat |
| Kijelölt intézmény | Gyermecktüdőgyógyászat          | javasolhat és írhat |
| 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-gyermekegyógyászat     | javaslatra írhat    |
| Megkötés nélkül    | Gastroenterológia               | javaslatra írhat    |

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

| Munkahely       | Szakképesítés  | Jogosultság      |
|-----------------|----------------|------------------|
| 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                                | Kiszerezés                                     | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| - ADPORT 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA           | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21659/02  |
| - ADPORT 1 MG KEMÉNY KAPSZULA             | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21659/05  |
| - ADPORT 1 MG KEMÉNY KAPSZULA             | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21659/06  |
| - ADPORT 5 MG KEMÉNY KAPSZULA             | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21659/08  |
| - ADPORT 5 MG KEMÉNY KAPSZULA             | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21659/09  |
| - 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<br>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 FILMTABLETTA            | 50x                                            | EU/1/96/005/002  |
| - CERTICAN 0,25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-09961/06  |
| - CERTICAN 0,5 MG TABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-09961/01  |
| - CERTICAN 0,75 MG TABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-09961/03  |
| - CIQORIN 10 MG LÁGY KAPSZULA             | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-22532/01  |
| - CIQORIN 100 MG LÁGY KAPSZULA            | 50x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-22532/04  |
| - CIQORIN 25 MG LÁGY KAPSZULA             | 50x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-22532/02  |
| - CIQORIN 50 MG LÁGY KAPSZULA             | 50x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-22532/03  |
| - IMURAN 25 MG FILMTABLETTA               | 100x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-00665/02  |
| - IMURAN 50 MG FILMTABLETTA               | 100x átlátszatlan fehér<br>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  |

| Termék név                                          | Kiszerezés                                                               | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - METYPRED 16 MG TABLETTA                           | 100x hdpe tartályban                                                     | OGYI-T-01879/04  |
| - METYPRED 4 MG TABLETTA                            | 100x hdpe tartályban                                                     | OGYI-T-01153/03  |
| - MYCOPHENOLATE MOFETIL ACCORD 500 MG FILMTABLETTA  | 50x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-20866/01  |
| - MYCOPHENOLATE MOFETIL ACTAVIS 500 MG FILMTABLETTA | 50x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-20995/01  |
| - 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<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-10075/02  |
| - MYFORTIC 360 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA     | 120x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-10075/01  |
| - PROGRAF 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA                    | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-08681/01  |
| - PROGRAF 1 MG KEMÉNY KAPSZULA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-07280/01  |
| - PROGRAF 5 MG KEMÉNY KAPSZULA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-07281/01  |
| - RAPAMUNE 0,5 MG BEVONT TABLETTA                   | 100x<br>buboréksomagolásban                                              | EU/1/01/171/014  |
| - RAPAMUNE 1 MG BEVONT TABLETTA                     | 100x<br>buboréksomagolásban                                              | EU/1/01/171/008  |
| - RAPAMUNE 1 MG BEVONT TABLETTA                     | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | EU/1/01/171/007  |
| - RAPAMUNE 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT                 | 1x60ml +30<br>adagolófecskendő+1<br>fecskendő adapter+1<br>carrying case | EU/1/01/171/001  |
| - RAPAMUNE 2 MG BEVONT TABLETTA                     | 100x<br>buboréksomagolásban                                              | EU/1/01/171/010  |
| - RAPAMUNE 2 MG BEVONT TABLETTA                     | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | EU/1/01/171/009  |
| - SANDIMMUN NEORAL 10 MG LÁGY KAPSZULA              | 60x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-04200/02  |
| - SANDIMMUN NEORAL 100 MG LÁGY KAPSZULA             | 50x<br>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<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-04200/03  |
| - SANDIMMUN NEORAL 50 MG LÁGY KAPSZULA              | 50x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-04200/04  |
| - TACNI 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-21569/01  |
| - TACNI 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA                      | 50x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-21569/02  |
| - TACNI 1 MG KEMÉNY KAPSZULA                        | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-21569/03  |
| - TACNI 1 MG KEMÉNY KAPSZULA                        | 60x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-21569/04  |
| - TACNI 5 MG KEMÉNY KAPSZULA                        | 30x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-21569/05  |
| - TACNI 5 MG KEMÉNY KAPSZULA                        | 50x<br>buboréksomagolásban                                               | OGYI-T-21569/06  |

**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 kezdődő 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 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/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ             | 1x0,5ml előretöltött fecskendőben                          | EU/1/08/444/001  |
| - RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ             | 1x0,5ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel | EU/1/08/444/009  |
| - RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ             | 5x0,5ml előretöltött fecskendőben                          | EU/1/08/444/002  |

| Termék név                                                                           | Kiszerelés                                                 | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
| - RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ                     | 5x0,5ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel | EU/1/08/444/010  |
| - RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ                     | 1x0,8ml előretöltött fecskendőben                          | EU/1/08/444/005  |
| - RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ                     | 1x0,8ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel | EU/1/08/444/011  |
| - RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ                     | 5x0,8ml előretöltött fecskendőben                          | EU/1/08/444/006  |
| - RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ                     | 5x0,8ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel | EU/1/08/444/012  |
| - 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 kezdődő kódot): R72

EÜ100 8/a2.

#### Támogatott indikációk:

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

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

| Munkahely                                   | Szakképesítés                           | Jogosultság |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------|
| Fekvőbeteg gyógyintézet<br>járóbeteg szakr. | háttérrel rendelkező Haematológia       | írhat       |
| Fekvőbeteg gyógyintézet<br>járóbeteg szakr. | háttérrel rendelkező Klinikai onkológia | írhat       |
| Fekvőbeteg gyógyintézet<br>járóbeteg szakr. | háttérrel rendelkező Sugártherápia      | írhat       |

| Termék név                       | Kiszerelés                                         | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|
| - LONQUEX 6 MG OLDATOS INJEKCIÓ  | 1x előretöltött fecskendőben biztonsági tűvédővel  | EU/1/13/856/001  |
| - 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 kezdődő 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 opc ampullában        | OGYI-T-07845/03  |
| - ALGOZONE 500 MG TABLETTA            | 10x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10239/01  |
| - DEMALGON TABLETTA                   | 10x                         | OGYI-T-00693/01  |
| - OPTALGIN 500 MG TABLETTA            | 10x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-22029/01  |
| - PANALGORIN 500 MG TABLETTA          | 1x10<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04536/01  |
| - PANALGORIN 500 MG TABLETTA          | 2x10<br>buboréksomagolásban | 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<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-06970/04  |
| - ADAMON 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                              | 10x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-06970/07  |
| - ADAMON 50 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                               | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-06970/02  |
| - CONTRAMAL 100 MG RETARD FILMTABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | 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<br>ADAGOLÓPUMPÁVAL | 1x96ml üvegben                               | OGYI-T-04975/05  |
| - CONTRAMAL 150 MG RETARD FILMTABLETTA                              | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-04975/09  |

| Termék név                                                  | Kiszerezés                                   | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|
| - CONTRAMAL 200 MG RETARD FILMTABLETTA                      | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(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<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-11596/01  |
| - RALGEN SR 100 MG RETARD TABLETTA                          | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20310/03  |
| - RALGEN SR 100 MG RETARD TABLETTA                          | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20310/04  |
| - RALGEN SR 150 MG RETARD TABLETTA                          | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20310/07  |
| - RALGEN SR 150 MG RETARD TABLETTA                          | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20310/08  |
| - RALGEN SR 200 MG RETARD TABLETTA                          | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20310/11  |
| - RALGEN SR 200 MG RETARD TABLETTA                          | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20310/12  |
| - RALGEN 50 MG KEMÉNY KAPSZULA                              | 20x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20310/15  |
| - TRAMADOL ACTAVIS 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS<br>CSEPPEK  | 1x10ml üvegben                               | OGYI-T-07724/01  |
| - TRAMADOL ACTAVIS 50 MG KEMÉNY KAPSZULA                    | 20x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-07724/06  |
| - TRAMADOL ACTAVIS 50 MG KEMÉNY KAPSZULA                    | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-07724/07  |
| - TRAMADOLOR 100 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ<br>TABLETTA | 20x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08179/01  |
| - TRAMADOLOR 100 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ<br>TABLETTA | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08179/02  |
| - TRAMADOLOR 150 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ<br>TABLETTA | 20x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08179/08  |
| - TRAMADOLOR 150 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ<br>TABLETTA | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08179/09  |
| - TRAMADOLOR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ<br>TABLETTA | 20x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08179/05  |
| - TRAMADOLOR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ<br>TABLETTA | 50x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08179/06  |
| - TRAMADOLOR 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA                   | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08179/07  |
| - TRAMADOLOR 50 MG KEMÉNY KAPSZULA                          | 20x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-08179/03  |
| - TRAMALGIC 50 MG KEMÉNY KAPSZULA                           | 30x<br>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 gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:**

| <b>Munkahely</b> | <b>Szakképesítés</b> | <b>Jogosultság</b> |
|------------------|----------------------|--------------------|
| Megkötés nélkül  | Megkötés nélkül      | írhat              |

  

| <b>Termék név</b>                                                     | <b>Kiszerezés</b>          | <b>Törzskönyvi szám</b> |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| - CODOXY 10 MG RETARD TABLETTA                                        | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21706/06         |
| - CODOXY 20 MG RETARD TABLETTA                                        | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21706/10         |
| - CODOXY 5 MG RETARD TABLETTA                                         | 30x<br>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         |
| - 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20162/20         |
| - JURNISTA 32 MG RETARD TABLETTA                                      | 14x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20162/30         |

| Termék név                                                | Kiszerezés                 | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - JURNISTA 32 MG RETARD TABLETTA                          | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20162/32  |
| - JURNISTA 64 MG RETARD TABLETTA                          | 14x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20162/40  |
| - JURNISTA 64 MG RETARD TABLETTA                          | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20162/42  |
| - JURNISTA 8 MG RETARD TABLETTA                           | 14x<br>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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-02314/02  |
| - M-ESLON 30 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                    | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-02312/02  |
| - M-ESLON 60 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA                    | 20x<br>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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-02187/01  |
| - MST CONTINUS 100 MG RETARD FILMTABLETTA                 | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-02187/05  |
| - MST CONTINUS 30 MG RETARD FILMTABLETTA                  | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-02187/03  |
| - MST CONTINUS 60 MG RETARD FILMTABLETTA                  | 20x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-02187/04  |
| - OXYCONTIN 10 MG RETARD FILMTABLETTA                     | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-07166/03  |
| - OXYCONTIN 20 MG RETARD FILMTABLETTA                     | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-07166/04  |
| - OXYCONTIN 40 MG RETARD FILMTABLETTA                     | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-07166/05  |
| - OXYCONTIN 80 MG RETARD FILMTABLETTA                     | 30x<br>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  |
| - 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 gyógyszerert 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<br>buboréksomagolásban                                   | 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  |
| - DEPO-MEDROL 40 MG/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ                        | 1x1 ml üvegben                                                | OGYI-T-06384/01  |
| - EGIFERON 3X10 <sup>6</sup> NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ | 10x<br>porampulla+oldószerampulla                             | OGYI-T-03892/01  |
| - 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<br>buboréksomagolásban                | OGYI-T-00665/02  |
| - IMURAN 50 MG FILMTABLETTA                                         | 100x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban                | OGYI-T-00665/01  |
| - INTRONA 18 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN        | 1x injekciós tollban +12<br>injekciós tű és 12<br>törülőkendő | EU/1/99/127/031  |
| - INTRONA 30 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN        | 1x injekciós tollban +12<br>injekciós tű és 12<br>törülőkendő | EU/1/99/127/034  |
| - INTRONA 60 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN        | 1x injekciós tollban +12<br>injekciós tű és 12<br>törülőkendő | EU/1/99/127/037  |
| - LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ                         | 1x10ml injekciós üvegben                                      | OGYI-T-05072/03  |
| - 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  |

| Termék név                                                                                      | Kiszerezés                                            | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------|
| - 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                                         | 1x üvegben                                            | OGYI-T-07862/05  |
| - METILPREDNIZOLON-TEVA 125 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ                                          | 1x üvegben                                            | OGYI-T-07862/03  |
| - METILPREDNIZOLON-TEVA 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ                                           | 1x üvegben                                            | OGYI-T-07862/01  |
| - METILPREDNIZOLON-TEVA 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ                                           | 10x üvegben                                           | OGYI-T-07862/06  |
| - METILPREDNIZOLON-TEVA 500 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ                                          | 1x 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  |
| - MIACALCIC 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ ÉS INFÚZIÓ                                               | 5x1ml ampulla                                         | OGYI-T-01342/02  |
| - 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  |
| - 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  |

| Termék név                                                              | Kiszerelés                    | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|
| - 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 buborékcsomagolásban      | 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  |
| - 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  |

| Termék név                                         | Kiszerelés         | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------------|--------------------|------------------|
| - 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 kezdődő kódot):** C795, C90

**EÜ100 8/d2.**

**Támogatott indikációk:**

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

**A javaslatot kiállító és a gyógyszerrel 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 |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------|
| - OSPORIL 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ                    | 1x injekciós üvegben              | OGYI-T-22277/01  |
| - ZOLACITOR 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ                  | 1x                                | OGYI-T-22289/01  |
| - ZOLEDRONSAV ACTAVIS 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ        | 1x injekciós üvegben              | EU/1/12/759/001  |
| - ZOLEDRONSAV FRESENIUS KABI 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ | 1x polipropilén injekciós tartály | OGYI-T-22274/01  |
| - ZOLEDRONSAV HOSPIRA 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ        | 1x injekciós üvegben (műanyag)    | EU/1/12/800/002  |
| - ZOLEDRONSAV PHARMACENTER 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ   | 1x                                | OGYI-T-22350/01  |
| - ZOLEDRONSAV RANBAXY 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ        | 1x injekciós üvegben              | OGYI-T-22291/02  |
| - ZOLEDRONSAV RICHTER 4 MG/100 ML OLDATOS INFÚZIÓ                      | 1x üvegben                        | OGYI-T-22232/04  |
| - ZOLEDRONSAV RICHTER 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ        | 1x tartályban                     | OGYI-T-22232/01  |
| - ZOLEDRONSAV SANDOZ 4 MG/100 ML OLDATOS INFÚZIÓ                       | 1x tartályban                     | OGYI-T-22283/04  |
| - ZOLEDRONSAV TEVA 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ           | 1x5ml injekciós üvegben           | EU/1/12/771/004  |
| - ZOLEDRONSAV VIPHARM 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ        | 1x                                | OGYI-T-22273/01  |
| - ZORTILA 4 MG/100 ML OLDATOS INFÚZIÓ                                  | 1x infúziós üvegben               | OGYI-T-21928/04  |
| - ZORTILA 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ                    | 1x injekciós üvegben              | OGYI-T-21928/01  |

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

**EÜ100 8/d3.**

**Támogatott indikációk:**

- Csontrendszeret érintő események (patológiás csonttörés, a csontok besugárzása, gerincvelő kompresszió vagy csontműtét) megelőzése prosztata tumor csontáttéteiben szenvedő felnőtteknél progresszióig (csontszcintigráfia és CT-vel vagy MR-el detektált változás), amennyiben a betegnél az EÜ100 8/d2. pont alapján rendelhető készítmény
- dokumentáltan ellenjavallt vagy túlérzékenység miatt nem alkalmazható
- alkalmazása során akut-fázis reakció alakul ki [a kezelés első 3 napján fellépő, lázzal ( $\geq 38$  C) kísért, hát- vagy ízületi vagy csontfájdalom formájában],
- alkalmazása nem javasolt súlyos vesekárosodás (kreatinin-clearance  $< 30$  ml/perc) vagy a kreatinin-clearance 30-60 ml/perc esetén, vagy az alkalmazási előírás alapján alkalmazandó csökkentett dózis ellenére romló vesefunkció esetén, vagy,
- legalább 3 hónapig történő alkalmazása során a csontfolyamat progrediál.

**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 |
|---------------------------------|---------------------------|------------------|
| - XGEVA 120 MG OLDATOS INJEKCIÓ | 1x1,7ml injekciós üvegben | EU/1/11/703/001  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** C61, C795

**EÜ100 8/e.**

**Támogatott indikációk:**

- Szövettanilag igazolt emlőrák csontáttétekkel
- Tumoros hypercalcaemia

**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 |
|--------------------------------|------------------------------|------------------|
| - BONDRONAT 50 MG FILMTABLETTA | 28x                          | EU/1/96/012/009  |
| - BONESSA 50 MG FILMTABLETTA   | 30x<br>buborékcsoomagolásban | OGYI-T-21879/01  |

| Termék név                                                      | Kiszerezés                                     | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| - BONESSA 50 MG FILMTABLETTA                                    | 90x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21879/03  |
| - BONESSA 6 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ                  | 1x injekciós üvegben                           | OGYI-T-21879/05  |
| - HOLMEVIS 50 MG FILMTABLETTA                                   | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21918/01  |
| - HOLMEVIS 50 MG FILMTABLETTA                                   | 84x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21918/03  |
| - HOLMEVIS 6 MG/6 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ            | 1x6ml ampulla                                  | OGYI-T-21918/06  |
| - IBANDRONIC ACID ACCORD 6 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ   | 1x6ml injekciós üvegben                        | EU/1/12/798/002  |
| - IBANDRONSAV ACTAVIS 6 MG/6 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ | 1x injekciós üvegben                           | OGYI-T-22103/05  |
| - IBANDRONSAV SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA                         | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/11/685/004  |
| - IBANDRONSAV SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA                         | 84x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/11/685/005  |
| - IBANDRONSAV SANDOZ 6 MG/6 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ  | 1x6ml 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<br>buboréksomagolásban<br>(opa/al/pvc//al) | OGYI-T-21768/02  |
| - IBANDRONSAV-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA                     | 84x<br>buboréksomagolásban<br>(opa/al/pvc//al) | OGYI-T-21768/04  |
| - OSBONELLE 50 MG FILMTABLETTA                                  | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)   | OGYI-T-21578/01  |
| - OSBONELLE 50 MG FILMTABLETTA                                  | 84x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)   | OGYI-T-21578/09  |
| - OSSICA 50 MG FILMTABLETTA                                     | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21128/01  |
| - OSSICA 50 MG FILMTABLETTA                                     | 84x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21128/02  |
| - OSSICA 6 MG/6 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ              | 1x injekciós üvegben (i-es típusú)             | OGYI-T-21128/06  |
| - PHACEBONATE 50 MG FILMTABLETTA                                | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)   | OGYI-T-21750/01  |
| - PHACEBONATE 50 MG FILMTABLETTA                                | 90x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)   | OGYI-T-21750/03  |

**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       |

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

| Munkahely                                      | Szakképesítés  | Jogosultság |
|------------------------------------------------|----------------|-------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Tüdőgyógyászat | írhat       |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Urológia       | írhat       |

| Termék név                     | Kiszerelés                 | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------|----------------------------|------------------|
| - BONEFOS 800 MG TABLETTA      | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-02027/04  |
| - NEOGRAND 800 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22548/03  |

**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 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 |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------|
| - NORPROLAC 150 MIKROGRAMM TABLETTA                          | 30x<br>buborékcsomagolásban                     | OGYI-T-04871/03  |
| - NORPROLAC 25 MIKROGRAMM TABLETTA ÉS 50 MIKROGRAMM TABLETTA | 3x<br>buborékcsomagolásban<br>(25 mcg + 50 mcg) | OGYI-T-04871/01  |
| - NORPROLAC 75 MIKROGRAMM TABLETTA                           | 30x<br>buborékcsomagolásban                     | 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 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 |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - DECAPEPTYL DEPOT POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ        | 1x porampulla                                                                    | OGYI-T-05310/01  |
| - DIPHERELINE SR 11,25 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ | 1x<br>porampulla+oldószerampu<br>lla 1 porampulla+1<br>oldószer ampulla+szerelék | OGYI-T-09082/01  |

| Termék név                                                                                      | Kiszerezés                                                      | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------|
| - 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 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  |
| - 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  |
| - ZOLADEx DEPOT 10,8 MG IMPLANTÁTUM ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN                                  | 1x előretöltött fecskendőben                                    | OGYI-T-01976/02  |
| - ZOLADEx 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 emlődagangatos, 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                            | Kiszerezés               | Törzskönyvi szám |
|---------------------------------------|--------------------------|------------------|
| - ANABREST 1 MG FILMTABLETTA          | 28x buborékcsomagolásban | OGYI-T-20474/01  |
| - ANABREST 1 MG FILMTABLETTA          | 90x buborékcsomagolásban | OGYI-T-20474/02  |
| - ANAROMAT 1 MG FILMTABLETTA          | 90x buborékcsomagolásban | OGYI-T-20606/05  |
| - ANASTROZOL KABI 1 MG FILMTABLETTA   | 28x buborékcsomagolásban | OGYI-T-22144/02  |
| - ANASTROZOL KABI 1 MG FILMTABLETTA   | 90x buborékcsomagolásban | OGYI-T-22144/04  |
| - ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA | 28x buborékcsomagolásban | OGYI-T-20455/01  |

| Termék név                                    | Kiszerezés                                   | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|
| - ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA         | 84x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20455/03  |
| - ANASTROZOL STADA 1 MG FILMTABLETTA          | 100x<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-20989/05  |
| - ANASTROZOL STADA 1 MG FILMTABLETTA          | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20989/02  |
| - ANASTROZOLE ACCORD 1 MG FILMTABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21522/05  |
| - ANASTROZOLE ACCORD 1 MG FILMTABLETTA        | 90x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21522/10  |
| - ANASTROZOLE BLUEFISH 1 MG FILMTABLETTA      | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al)      | OGYI-T-21327/01  |
| - ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20672/01  |
| - ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA  | 90x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20672/02  |
| - ANASTROZOLE-GENERICS (UK) 1 MG FILMTABLETTA | 28x<br>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<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20534/01  |
| - ARILLA 1 MG FILMTABLETTA                    | 90x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20534/03  |
| - ARIMIDEX 1 MG FILMTABLETTA                  | 84x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-05682/02  |
| - AROMASIN 25 MG BEVONT TABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-07356/01  |
| - ATROCELA 1 MG FILMTABLETTA                  | 100x hdpe tartályban                         | OGYI-T-22075/06  |
| - ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA                 | 90x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20736/02  |
| - EXEMESTAN TEVA 25 MG FILMTABLETTA           | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc-al)  | OGYI-T-21285/01  |
| - EXEMESTANE MEDICO UNO 25 MG FILMTABLETTA    | 3x30<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc-al) | OGYI-T-21310/07  |
| - EXEMESTANE MEDICO UNO 25 MG FILMTABLETTA    | 30x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc-al)  | OGYI-T-21310/03  |
| - EXEMESTANE MEDICO UNO 25 MG FILMTABLETTA    | 90x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc-al)  | OGYI-T-21310/04  |
| - EXEMESTANE PHARMACENTER 25 MG FILMTABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21406/01  |
| - EXEMESTANE PHARMACENTER 25 MG FILMTABLETTA  | 90x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-21406/02  |
| - EXEMIN 25 MG FILMTABLETTA                   | 30x barna üvegpalackban<br>(pvc/pvdc-al)     | OGYI-T-21407/02  |
| - EXEMIN 25 MG FILMTABLETTA                   | 90x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc-al)  | OGYI-T-21407/04  |
| - FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA                   | 30x<br>buboréksomagolásban                   | OGYI-T-20836/02  |
| - FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA                   | 90x<br>buboréksomagolásban                   | 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<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-05712/02  |

|    | Termék név                                   | Kiszerezés                  | Törzskönyvi szám |
|----|----------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
|    | - LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA              | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21587/02  |
|    | - LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21587/01  |
|    | - LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21025/01  |
|    | - LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA       | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21025/03  |
|    | - LETROZOL KABI 2,5 MG FILMTABLETTA          | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21838/08  |
| új | - LETROZOL PHACE 2,5 MG FILMTABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20889/02  |
| új | - LETROZOL PHACE 2,5 MG FILMTABLETTA         | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20889/04  |
|    | - LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20795/02  |
|    | - LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA        | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20795/04  |
|    | - LETROZOLE BLUEFISH 2,5 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21241/01  |
|    | - LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20806/01  |
|    | - LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA   | 84x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20806/07  |
|    | - LETROZOLE MYLAN 2,5 MG FILMTABLETTA        | 28x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20827/01  |
|    | - LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20704/01  |
|    | - LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20704/02  |
|    | - LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA         | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21250/02  |
|    | - LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21250/01  |
|    | - NOBREC 1 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20632/02  |
|    | - NOBREC 1 MG FILMTABLETTA                   | 84x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20632/05  |
|    | - PICOZONE 2,5 MG FILMTABLETTA               | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20893/02  |
|    | - PICOZONE 2,5 MG FILMTABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20893/01  |

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 gyógyszerrel 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 | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|------------|------------|------------------|
|------------|------------|------------------|

| Termék név                                    | Kiszerezés                              | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
| - ANABREST 1 MG FILMTABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20474/01  |
| - ANABREST 1 MG FILMTABLETTA                  | 90x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20474/02  |
| - ANAROMAT 1 MG FILMTABLETTA                  | 90x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20606/05  |
| - ANASTROZOL KABI 1 MG FILMTABLETTA           | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-22144/02  |
| - ANASTROZOL KABI 1 MG FILMTABLETTA           | 90x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-22144/04  |
| - ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA         | 28x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20455/01  |
| - ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA         | 84x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20455/03  |
| - ANASTROZOL STADA 1 MG FILMTABLETTA          | 100x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-20989/05  |
| - ANASTROZOL STADA 1 MG FILMTABLETTA          | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20989/02  |
| - ANASTROZOLE ACCORD 1 MG FILMTABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-21522/05  |
| - ANASTROZOLE ACCORD 1 MG FILMTABLETTA        | 90x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-21522/10  |
| - ANASTROZOLE BLUEFISH 1 MG FILMTABLETTA      | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc//al) | OGYI-T-21327/01  |
| - ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA  | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20672/01  |
| - ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA  | 90x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20672/02  |
| - ANASTROZOLE-GENERICS (UK) 1 MG FILMTABLETTA | 28x<br>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<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20534/01  |
| - ARILLA 1 MG FILMTABLETTA                    | 90x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20534/03  |
| - ARIMIDEX 1 MG FILMTABLETTA                  | 84x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-05682/02  |
| - ATROCELA 1 MG FILMTABLETTA                  | 100x hdpe tartályban                    | OGYI-T-22075/06  |
| - ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA                 | 90x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20736/02  |
| - FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA                   | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20836/02  |
| - FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA                   | 90x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20836/04  |
| - FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA                  | 100x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-05712/02  |
| - LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA               | 100x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-21587/02  |
| - LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-21587/01  |
| - LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-21025/01  |
| - LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA        | 90x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-21025/03  |
| - LETROZOL KABI 2,5 MG FILMTABLETTA           | 100x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-21838/08  |
| új - LETROZOL PHACE 2,5 MG FILMTABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban              | OGYI-T-20889/02  |

|    | Termék név                                   | Kiszerezés                  | Törzskönyvi szám |
|----|----------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| új | - LETROZOL PHACE 2,5 MG FILMTABLETTA         | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20889/04  |
|    | - LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20795/02  |
|    | - LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA        | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20795/04  |
|    | - LETROZOLE BLUEFISH 2,5 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21241/01  |
|    | - LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20806/01  |
|    | - LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA   | 84x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20806/07  |
|    | - LETROZOLE MYLAN 2,5 MG FILMTABLETTA        | 28x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20827/01  |
|    | - LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20704/01  |
|    | - LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20704/02  |
|    | - LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA         | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21250/02  |
|    | - LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21250/01  |
|    | - NOBREC 1 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20632/02  |
|    | - NOBREC 1 MG FILMTABLETTA                   | 84x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20632/05  |
|    | - PICOZONE 2,5 MG FILMTABLETTA               | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20893/02  |
|    | - PICOZONE 2,5 MG FILMTABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20893/01  |
|    | - TAMOXIFEN-TEVA 10 MG FILMTABLETTA          | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-05039/01  |
|    | - TAMOXIFEN-TEVA 20 MG FILMTABLETTA          | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-05039/02  |
|    | - ZITAZONIUM 10 MG TABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-03567/01  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                    | Kiszerezés                 | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|
| - ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA | 90x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20736/02  |
| - FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA   | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20836/02  |
| - FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA   | 90x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20836/04  |

|    | Termék név                                   | Kiszerezés                  | Törzskönyvi szám |
|----|----------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
|    | - FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA                 | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-05712/02  |
|    | - LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA              | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21587/02  |
|    | - LETROVENA 2,5 MG FILMTABLETTA              | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21587/01  |
|    | - LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA       | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21025/01  |
|    | - LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA       | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21025/03  |
|    | - LETROZOL KABI 2,5 MG FILMTABLETTA          | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21838/08  |
| új | - LETROZOL PHACE 2,5 MG FILMTABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20889/02  |
| új | - LETROZOL PHACE 2,5 MG FILMTABLETTA         | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20889/04  |
|    | - LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20795/02  |
|    | - LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA        | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20795/04  |
|    | - LETROZOLE BLUEFISH 2,5 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21241/01  |
|    | - LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20806/01  |
|    | - LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA   | 84x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20806/07  |
|    | - LETROZOLE MYLAN 2,5 MG FILMTABLETTA        | 28x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20827/01  |
|    | - LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20704/01  |
|    | - LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA | 90x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20704/02  |
|    | - LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA         | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21250/02  |
|    | - LETROZOLE TEVA 2,5 MG FILMTABLETTA         | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-21250/01  |
|    | - PICOZONE 2,5 MG FILMTABLETTA               | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20893/02  |
|    | - PICOZONE 2,5 MG FILMTABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20893/01  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                         | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------|------------|------------------|
| - FASLODEX 250 MG OLDATOS INJEKCIÓ | 1x5 ml     | EU/1/03/269/001  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 |
| Megkötés nélkül | Klinikai onkológia        | javasolhat és írhat |
| Megkötés nélkül | Sugártherápia             | javasolhat és írhat |
| Háziorvos       | Megkötés nélkül           | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényessége ideje 12 hónap.

| Termék név                  | Kiszerezés                 | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------|----------------------------|------------------|
| - SALAGEN 5 MG FILMTABLETTA | 84x<br>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

**EÜ100 8/k.**

**Támogatott indikációk:**

- Az alapbetegséggel összefüggő, tünetekkel járó, lokálisan előrehaladott hormondependens prosztaták 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 prosztaták kezelésére antiandrogennel maximum 1 hónapos bevezető terápiaként LHRH-analóg mellett;
- Addicionális hormonmanipuláció céljából antiandrogennel azon betegeknél, akiknél az adekvát szérumszint tesztoszteron-csökkenést (<50 ng/dl vagy 1,7 nmol/l) nem lehetett elérni gyógyszeres vagy sebészeti 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                 | Kiszerezés                                    | Törzskönyvi szám |
|----------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - ANANDRON 150 MG TABLETTA | 30x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04401/02  |
| - ANANDRON 50 MG TABLETTA  | 90x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04401/01  |

| Termék név                                      | Kiszerelés                                             | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------|
| - ANDROCUR 100 MG TABLETTA                      | 1x60<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-01909/04  |
| - BICALUTAMID MENTOR PHARMA 150 MG FILMTABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                             | OGYI-T-21563/01  |
| - BICALUTAMIDE BLUEFISH 150 MG FILMTABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban                             | OGYI-T-20841/02  |
| - BICALUTAMIDE PHARMACENTER 150 MG FILMTABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban                             | OGYI-T-20589/02  |
| - BICALUTAMIDE PHARMACENTER 150 MG FILMTABLETTA | 90x<br>buboréksomagolásban                             | OGYI-T-20589/04  |
| - BICALUTATAM 150 MG FILMTABLETTA               | 28x<br>buboréksomagolásban                             | OGYI-T-21425/06  |
| - BICATLON 50 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/al buborékfóliában) | OGYI-T-20296/01  |
| - BILUTAMID 50 MG FILMTABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban                             | OGYI-T-10510/01  |
| - CAPRO 150 MG FILMTABLETTA                     | 30x<br>buboréksomagolásban                             | OGYI-T-20472/02  |
| - CYSAXAL 100 MG TABLETTA                       | 60x<br>buboréksomagolásban                             | OGYI-T-20769/05  |
| - FLUTAM 250 MG TABLETTA                        | 100x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-06173/01  |
| - FLUTAM 250 MG TABLETTA                        | 105x<br>buboréksomagolásban                            | OGYI-T-06173/03  |

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 ampulla             | 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  |
| - 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  |

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

**EÜ100 8/I2.****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 oldószerzsák+katéter szerelékkel | OGYI-T-09692/02  |
| - IMMUCYST POR INTRAVEZIKÁLIS SZUSZPENZIÓHOZ              | 1x injekciós üvegben                                    | OGYI-T-09000/01  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 |
|----------------------------------------------|-------------------------|------------------|
| - CERUCAL TABLETTA                           | 50x üvegben             | OGYI-T-01047/01  |
| - 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  |

| Termék név                                   | Kiszerelés                                    | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - GRANISETRON-ACTAVIS 1 MG FILMTABLETTA      | 10x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20649/06  |
| - ONDAGEN 8 MG FILMTABLETTA                  | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-20165/24  |
| - ONDANSETRON PLIVA 8 MG FILMTABLETTA        | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-10160/08  |
| - ONDANSETRON SANDOZ 8 MG FILMTABLETTA       | 10x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10591/01  |
| - ONDANSETRON SANDOZ 8 MG FILMTABLETTA       | 30x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10591/03  |
| - OROSET 8 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 30x fóliacsík                                 | OGYI-T-22097/03  |
| - VOMITA 8 MG FILMTABLETTA                   | 30x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-22513/04  |
| - ZOFRAN 16 MG VÉGBÉLKÚP                     | 5x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-06559/02  |
| - ZOFRAN 4 MG FILMTABLETTA                   | 15x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-06559/05  |
| - ZOFRAN 8 MG FILMTABLETTA                   | 15x<br>buboréksomagolásban                    | OGYI-T-06559/06  |
| - ZOFRAN 8 MG FILMTABLETTA                   | 2x15<br>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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20286/01  |

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

EÜ100 8/n3.

**Támogatott indikációk:**

- Rosszindulatú daganatos betegségben a ciszplatin-alapú erősen emetogén (ciszplatin dózis nagyobb, mint 50 mg/m<sup>2</sup>) 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 |
|-----------|---------------|-------------|
|-----------|---------------|-------------|

**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 KEMÉNY KAPSZULA EMEND 80 MG KEMÉNY KAPSZULA | 1x125mg +2x80 mg | EU/1/03/262/006  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 kezdődő 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 szerekekkel 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 |
|-----------|---------------|-------------|
|-----------|---------------|-------------|

**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 kezdődő 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 terápiaerezisztencia 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 buborékcsomagolásban és pe tartályban | OGYI-T-08272/01  |
| - FLUDARA 10 MG FILMTABLETTA | 20x buborékcsomagolásban és pe tartályban | OGYI-T-08272/02  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                   | Kiszerezés | 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 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 gyógyszerert 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 | Tüdőgyógyászati              | javasolhat és írhat |
| Háziorvos                                      | Megkötés nélkül              | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                                                 | Kiszerezés                          | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| - CIFLOXIN 250 MG FILMTABLETTA                             | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-08971/01  |
| - CIFLOXIN 500 MG FILMTABLETTA                             | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-08971/02  |
| - CIFRAN 250 MG FILMTABLETTA                               | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-07560/01  |
| - CIFRAN 500 MG FILMTABLETTA                               | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-07560/03  |
| - CIPLOX 250 MG FILMTABLETTA                               | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-04990/01  |
| - CIPLOX 500 MG FILMTABLETTA                               | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-04990/02  |
| - CIPRINOL 250 MG FILMTABLETTA                             | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09362/01  |
| - CIPRINOL 500 MG FILMTABLETTA                             | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09362/02  |
| - CIPROFLOXACIN 1A PHARMA 250 MG FILMTABLETTA              | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-20213/01  |
| - CIPROFLOXACIN 1A PHARMA 500 MG FILMTABLETTA              | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-20213/02  |
| - CIPROFLOXACIN-HUMAN 250 MG FILMTABLETTA                  | 10x átlátszó<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10598/06  |
| - CIPROFLOXACIN-HUMAN 500 MG FILMTABLETTA                  | 10x átlátszó<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10598/08  |
| - CIPROLEN 250 MG FILMTABLETTA                             | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-09813/01  |
| - CYDONIN 250 MG FILMTABLETTA                              | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-08775/01  |
| - CYDONIN 500 MG FILMTABLETTA                              | 10x<br>buboréksomagolásban          | OGYI-T-08776/01  |
| - FLUIMUCIL 100 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ                     | 5x3ml ampulla                       | OGYI-T-05351/10  |
| - KREON 10.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA | 20x hdpe tartályban                 | OGYI-T-04231/08  |

| Termék név                                                    | Kiszerelés              | Törzskönyvi szám |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------|
| - 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  |
| - 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 kezdődő kódot): E84

EÜ100 9/b.

**Támogatott indikációk:**

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

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

| Munkahely          | Szakképesítés         | Jogosultság |
|--------------------|-----------------------|-------------|
| Kijelölt intézmény | Gyermeztüdőgyógyászat | írhat       |
| Kijelölt intézmény | Tüdőgyógyászat        | 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 kezdődő 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                                               | Kiszerezés                 | 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<br>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<br>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 kezdődő 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                              | Kiszerezés                             | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| - AMIPRID 200 MG TABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-20161/01  |
| - AMIPRID 200 MG TABLETTA               | 90x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-20161/03  |
| - AMIPRID 400 MG FILMTABLETTA           | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-20161/02  |
| - AMISULPRIDE MYLAN 200 MG TABLETTA     | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-21817/05  |
| - AMISULPRIDE MYLAN 200 MG TABLETTA     | 90x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-21817/07  |
| - AMISULPRID-RATIOPHARM 200 MG TABLETTA | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-20491/01  |
| - AMISULPRID-RATIOPHARM 200 MG TABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-20491/02  |
| - AMITREX 100 MG TABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-08231/01  |
| - AMITREX 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT    | 1x60ml üvegben +1<br>adagoló fecskendő | OGYI-T-08231/10  |
| - AMITREX 200 MG TABLETTA               | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-08231/04  |
| - AMITREX 200 MG TABLETTA               | 90x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-08231/06  |
| - AMITREX 400 MG FILMTABLETTA           | 30x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-08231/07  |
| - AMITREX 400 MG FILMTABLETTA           | 60x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-08231/08  |
| - KETILEPT 150 MG FILMTABLETTA          | 60x<br>buboréksomagolásban             | OGYI-T-20056/11  |

| Termék név                               | Kiszerezés                                                      | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------|
| - KVENTIAX 100 MG FILMTABLETTA           | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20471/16  |
| - KVENTIAX 200 MG FILMTABLETTA           | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20471/38  |
| - KVENTIAX 25 MG FILMTABLETTA            | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20471/07  |
| - KVENTIAX 300 MG FILMTABLETTA           | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20471/48  |
| - PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA             | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-10212/21  |
| - PERDOX 1 MG FILMTABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-10212/03  |
| - PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT        | 1x100ml üvegben                                                 | OGYI-T-10212/06  |
| - PERDOX 2 MG FILMTABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-10212/24  |
| - PERDOX 3 MG FILMTABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-10212/27  |
| - PERDOX 4 MG FILMTABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-10212/30  |
| - QUETIAPIN BLUEFISH 100 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20892/02  |
| - QUETIAPIN BLUEFISH 200 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20892/04  |
| - QUETIAPIN BLUEFISH 25 MG FILMTABLETTA  | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20892/01  |
| - QUETIAPIN BLUEFISH 300 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20892/05  |
| - QUETIAPIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA    | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20581/01  |
| - QUETIAPINE ORION 100 MG FILMTABLETTA   | 100x<br>buboréksomagolásban                                     | OGYI-T-20360/04  |
| - QUETIAPINE ORION 200 MG FILMTABLETTA   | 100x<br>buboréksomagolásban                                     | OGYI-T-20360/06  |
| - QUETIAPINE ORION 25 MG FILMTABLETTA    | 100x<br>buboréksomagolásban                                     | OGYI-T-20360/02  |
| - QUETIAPINE-TEVA 100 MG FILMTABLETTA    | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/04  |
| - QUETIAPINE-TEVA 150 MG FILMTABLETTA    | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/06  |
| - QUETIAPINE-TEVA 200 MG FILMTABLETTA    | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/08  |
| - QUETIAPINE-TEVA 25 MG FILMTABLETTA     | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/02  |
| - QUETIAPINE-TEVA 300 MG FILMTABLETTA    | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/10  |
| - QUETIAPIN-MYLAN 100 MG FILMTABLETTA    | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)                    | OGYI-T-21163/36  |
| - QUETIAPIN-MYLAN 300 MG FILMTABLETTA    | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)                    | OGYI-T-21163/84  |
| - RESIRENTIN 100 MG FILMTABLETTA         | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20821/03  |
| - RESIRENTIN 200 MG FILMTABLETTA         | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20821/05  |
| - RESIRENTIN 25 MG FILMTABLETTA          | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20821/02  |

| Termék név                                            | Kiszerelés                 | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - RESIRENTIN 300 MG FILMTABLETTA                      | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20821/06  |
| - RIPEDON 1 MG FILMTABLETTA                           | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/03  |
| - RIPEDON 2 MG FILMTABLETTA                           | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/06  |
| - RIPEDON 3 MG FILMTABLETTA                           | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/09  |
| - RIPEDON 4 MG FILMTABLETTA                           | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/12  |
| - 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  |
| - RISCONS 2 MG FILMTABLETTA                           | 60x                        | OGYI-T-20052/03  |
| - RISCONS 3 MG FILMTABLETTA                           | 60x                        | OGYI-T-20052/04  |
| - RISCONS 4 MG FILMTABLETTA                           | 60x                        | OGYI-T-20052/05  |
| - TORENDO Q-TAB 0,5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20319/14  |
| - TORENDO Q-TAB 1 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA   | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20319/16  |
| - TORENDO Q-TAB 2 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA   | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20319/18  |
| - ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA                           | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20253/02  |
| - ZIPERID 6 MG FILMTABLETTA                           | 60x<br>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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21318/13  |
| - ARKOLAMYL 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21318/02  |
| - BLOONIS 10 MG FILMTABLETTA                     | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21412/04  |
| - BLOONIS 15 MG FILMTABLETTA                     | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21412/08  |
| - BLOONIS 20 MG FILMTABLETTA                     | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21412/11  |
| - BLOONIS 5 MG FILMTABLETTA                      | 28x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-21412/01  |

| Termék név                                                | Kiszereelés                                                    | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------|
| - 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 pvc/pe/pvdc//al                       | OGYI-T-00825/07  |
| - LEPONEX 100 MG TABLETTA                                 | 100x buboréksomagolásban pvc/pvdc//al                          | OGYI-T-00825/03  |
| - LEPONEX 100 MG TABLETTA                                 | 20x buboréksomagolásban pvc/pe/pvdc//al                        | OGYI-T-00825/05  |
| - LEPONEX 100 MG TABLETTA                                 | 20x buboréksomagolásban pvc/pvdc//al                           | OGYI-T-00825/01  |
| - LEPONEX 25 MG TABLETTA                                  | 50x buboréksomagolásban pvc/pe/pvdc//al                        | OGYI-T-00825/08  |
| - LEPONEX 25 MG TABLETTA                                  | 50x buboréksomagolásban pvc/pvdc//al                           | OGYI-T-00825/04  |
| - OLANZAPIN ACCORD 7,5 MG FILMTABLETTA                    | 30x buboréksomagolásban                                        | OGYI-T-21484/27  |
| - 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  |
| - OLANZAPIN MYLAN 10 MG FILMTABLETTA                      | 28x buboréksomagolásban                                        | EU/1/08/475/019  |
| - OLANZAPIN MYLAN 5 MG FILMTABLETTA                       | 28x buboréksomagolásban                                        | EU/1/08/475/007  |

| Termék név                                             | Kiszerezés                                     | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| - OLANZAPIN ORION 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21073/08  |
| - OLANZAPIN ORION 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21073/09  |
| - OLANZAPIN ORION 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21073/10  |
| - OLANZAPIN ORION 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21073/07  |
| - OLANZAPIN SANDOZ 10 MG FILMTABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20728/12  |
| - OLANZAPIN SANDOZ 15 MG FILMTABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20728/17  |
| - OLANZAPIN SANDOZ 20 MG FILMTABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20728/22  |
| - OLANZAPIN SANDOZ 5 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20728/02  |
| - OLANZAPIN TEVA 10 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/012  |
| - OLANZAPIN TEVA 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/027  |
| - OLANZAPIN TEVA 15 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/016  |
| - OLANZAPIN TEVA 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/031  |
| - OLANZAPIN TEVA 20 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/020  |
| - OLANZAPIN TEVA 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/035  |
| - OLANZAPIN TEVA 5 MG FILMTABLETTA                     | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/004  |
| - OLANZAPIN TEVA 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/023  |
| - OLANZAPIN TEVA 7,5 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/008  |
| - OLANZAPINE EGIS 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21687/02  |
| - OLANZAPINE EGIS 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21687/03  |
| - OLANZAPINE EGIS 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21687/04  |
| - OLANZAPINE EGIS 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21687/01  |
| - OLPINAT 10 MG FILMTABLETTA                           | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21333/03  |
| - OLPINAT 5 MG FILMTABLETTA                            | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(opa/al/pvc//al) | OGYI-T-21333/01  |
| - OLZIN 10 MG TABLETTA                                 | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20695/07  |
| - OLZIN 10 MG TABLETTA                                 | 56x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20695/08  |
| - OLZIN 5 MG TABLETTA                                  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20695/03  |
| - OLZIN 7,5 MG TABLETTA                                | 56x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20695/06  |
| - PARNASSAN 10 MG FILMTABLETTA                         | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/04  |
| - PARNASSAN 15 MG FILMTABLETTA                         | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/05  |
| - PARNASSAN 20 MG FILMTABLETTA                         | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/06  |

| Termék név                                     | Kiszerezés                                     | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| - PARNASSAN 5 MG FILMTABLETTA                  | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/02  |
| - PARNASSAN 7,5 MG FILMTABLETTA                | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/03  |
| - SERDOLECT 12 MG FILMTABLETTA                 | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-05605/02  |
| - SERDOLECT 16 MG FILMTABLETTA                 | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-05605/03  |
| - SERDOLECT 20 MG FILMTABLETTA                 | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-05605/04  |
| - SERDOLECT 4 MG FILMTABLETTA                  | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-05605/01  |
| - YPSILA 40 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20743/04  |
| - YPSILA 60 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20743/06  |
| - YPSILA 80 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20743/08  |
| - ZALASTA 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/415/043  |
| - ZALASTA 10 MG TABLETTA                       | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al//opa/al/pvc) | EU/1/07/415/018  |
| - ZALASTA 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/415/048  |
| - ZALASTA 15 MG TABLETTA                       | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al//opa/al/pvc) | EU/1/07/415/023  |
| - ZALASTA 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/415/053  |
| - ZALASTA 20 MG TABLETTA                       | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al//opa/al/pvc) | EU/1/07/415/028  |
| - ZALASTA 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/415/033  |
| - ZALASTA 5 MG TABLETTA                        | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al//opa/al/pvc) | EU/1/07/415/007  |
| - ZELDOX 60 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 56x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-08818/05  |
| - ZELDOX 80 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 56x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-08818/07  |
| - ZIPWELL 40 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al//al)         | OGYI-T-21153/09  |
| - ZIPWELL 60 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al//al)         | OGYI-T-21153/14  |
| - ZIPWELL 80 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al//al)         | OGYI-T-21153/19  |

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

**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 |
|--------------------------------------|---------------------------------------------|------------------|
| - SEROQUEL XR 200 MG RETARD TABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-05863/03  |
| - SEROQUEL XR 300 MG RETARD TABLETTA | 120x<br>buboréksomagolásban                 | OGYI-T-05863/15  |
| - SEROQUEL XR 300 MG RETARD TABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-05863/04  |
| - SEROQUEL XR 400 MG RETARD TABLETTA | 120x<br>buboréksomagolásban                 | OGYI-T-05863/16  |
| - SEROQUEL XR 400 MG RETARD TABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-05863/05  |
| - SEROQUEL XR 50 MG RETARD TABLETTA  | 60x<br>buboréksomagolásban                  | OGYI-T-05863/02  |
| - SETININ 200 MG RETARD TABLETTA     | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/pvdc) | OGYI-T-20822/53  |
| - SETININ 300 MG RETARD TABLETTA     | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/pvdc) | OGYI-T-20822/55  |
| - SETININ 400 MG RETARD TABLETTA     | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/pvdc) | OGYI-T-20822/57  |
| - SETININ 50 MG RETARD TABLETTA      | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al/pvc/pvdc) | OGYI-T-20822/51  |

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

**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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|
| - RISPERDAL CONSTA 25 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ INTRAMUSZKULÁRIS CÉLRA   | 1x porampulla +1 előretöltött oldószeres fecskendő | OGYI-T-08812/02  |
| - RISPERDAL CONSTA 37,5 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ INTRAMUSZKULÁRIS CÉLRA | 1x porampulla +1 előretöltött oldószeres fecskendő | OGYI-T-08812/04  |
| - RISPERDAL CONSTA 50 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ INTRAMUSZKULÁRIS CÉLRA   | 1x porampulla +1 előretöltött oldószeres fecskendő | OGYI-T-08812/06  |

| Termék név                                                         | Kiszerelés                                 | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------|
| - XEPLION 100 MG RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ                      | 1x előretöltött fecskendőben +2 tű         | EU/1/11/672/004  |
| - XEPLION 150 MG RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ                      | 1x előretöltött fecskendőben +2 tű         | EU/1/11/672/005  |
| - XEPLION 50 MG RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ                       | 1x előretöltött fecskendőben +2 tű         | EU/1/11/672/002  |
| - XEPLION 75 MG RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ                       | 1x előretöltött fecskendőben +2 tű         | EU/1/11/672/003  |
| - ZYPADHERA 210 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ | 1x210mg injekciós üvegben +1x3 ml oldószer | EU/1/08/479/001  |
| - ZYPADHERA 300 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ | 1x300mg injekciós üvegben +1x3 ml oldószer | EU/1/08/479/002  |
| - 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  |

| Termék név                                               | Kiszerelés                 | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA                          | 50x hdpe tartályban        | OGYI-T-01688/07  |
| - HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA                    | 50x<br>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 |
|------------------------------------------|-----------------------------|------------------|
| - KETILEPT 150 MG FILMTABLETTA           | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20056/11  |
| - KVENTIAX 100 MG FILMTABLETTA           | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20471/16  |
| - KVENTIAX 200 MG FILMTABLETTA           | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20471/38  |
| - KVENTIAX 25 MG FILMTABLETTA            | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20471/07  |
| - KVENTIAX 300 MG FILMTABLETTA           | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20471/48  |
| - PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA             | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10212/21  |
| - PERDOX 1 MG FILMTABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10212/03  |
| - PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT        | 1x100ml üvegben             | OGYI-T-10212/06  |
| - PERDOX 2 MG FILMTABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10212/24  |
| - PERDOX 3 MG FILMTABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10212/27  |
| - PERDOX 4 MG FILMTABLETTA               | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-10212/30  |
| - QUETIAPIN BLUEFISH 100 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20892/02  |
| - QUETIAPIN BLUEFISH 200 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20892/04  |
| - QUETIAPIN BLUEFISH 25 MG FILMTABLETTA  | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20892/01  |
| - QUETIAPIN BLUEFISH 300 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20892/05  |
| - QUETIAPIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA    | 60x<br>buboréksomagolásban  | OGYI-T-20581/01  |
| - QUETIAPINE ORION 100 MG FILMTABLETTA   | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20360/04  |
| - QUETIAPINE ORION 200 MG FILMTABLETTA   | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20360/06  |

| Termék név                                  | Kiszerelés                                                      | Törzskönyvi szám |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------|
| - QUETIAPINE ORION 25 MG FILMTABLETTA       | 100x<br>buboréksomagolásban                                     | OGYI-T-20360/02  |
| - QUETIAPINE-TEVA 100 MG FILMTABLETTA       | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/04  |
| - QUETIAPINE-TEVA 150 MG FILMTABLETTA       | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/06  |
| - QUETIAPINE-TEVA 200 MG FILMTABLETTA       | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/08  |
| - QUETIAPINE-TEVA 25 MG FILMTABLETTA        | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/02  |
| - QUETIAPINE-TEVA 300 MG FILMTABLETTA       | 60x átlátszatlan fehér<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al) | OGYI-T-20839/10  |
| - QUETIAPIN-MYLAN 100 MG FILMTABLETTA       | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)                    | OGYI-T-21163/36  |
| - QUETIAPIN-MYLAN 300 MG FILMTABLETTA       | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc//al)                    | OGYI-T-21163/84  |
| - RESIRENTIN 100 MG FILMTABLETTA            | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20821/03  |
| - RESIRENTIN 200 MG FILMTABLETTA            | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20821/05  |
| - RESIRENTIN 25 MG FILMTABLETTA             | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20821/02  |
| - RESIRENTIN 300 MG FILMTABLETTA            | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20821/06  |
| - RIPPEDON 1 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20691/03  |
| - RIPPEDON 2 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20691/06  |
| - RIPPEDON 3 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20691/09  |
| - RIPPEDON 4 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20691/12  |
| - 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  |
| - ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA                 | 60x<br>buboréksomagolásban                                      | OGYI-T-20253/02  |
| - ZIPERID 6 MG FILMTABLETTA                 | 60x<br>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                                                | Kiszerezés                                                              | 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<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21318/13  |
| - ARKOLAMYL 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA           | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21318/02  |
| - BLOONIS 10 MG FILMTABLETTA                              | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21412/04  |
| - BLOONIS 15 MG FILMTABLETTA                              | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21412/08  |
| - BLOONIS 20 MG FILMTABLETTA                              | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21412/11  |
| - BLOONIS 5 MG FILMTABLETTA                               | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21412/01  |
| - OLANZAPIN ACCORD 7,5 MG FILMTABLETTA                    | 30x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21484/27  |
| - OLANZAPIN ACTAVIS 10 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-20496/10  |
| - OLANZAPIN ACTAVIS 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(lehúzható hátfóliával<br>ellátott al/al) | OGYI-T-20496/26  |
| - OLANZAPIN ACTAVIS 15 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-20496/13  |
| - OLANZAPIN ACTAVIS 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(lehúzható hátfóliával<br>ellátott al/al) | OGYI-T-20496/32  |
| - OLANZAPIN ACTAVIS 20 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-20496/16  |
| - OLANZAPIN ACTAVIS 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(lehúzható hátfóliával<br>ellátott al/al) | OGYI-T-20496/38  |
| - OLANZAPIN ACTAVIS 5 MG FILMTABLETTA                     | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-20496/04  |
| - OLANZAPIN ACTAVIS 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(lehúzható hátfóliával<br>ellátott al/al) | OGYI-T-20496/20  |
| - OLANZAPIN BLUEFISH 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21763/04  |
| - OLANZAPIN BLUEFISH 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21763/07  |
| - OLANZAPIN BLUEFISH 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21763/09  |
| - OLANZAPIN MYLAN 10 MG FILMTABLETTA                      | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | EU/1/08/475/019  |
| - OLANZAPIN MYLAN 5 MG FILMTABLETTA                       | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | EU/1/08/475/007  |
| - OLANZAPIN ORION 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA    | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21073/08  |
| - OLANZAPIN ORION 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA    | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21073/09  |
| - OLANZAPIN ORION 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA    | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21073/10  |
| - OLANZAPIN ORION 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA     | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-21073/07  |
| - OLANZAPIN SANDOZ 10 MG FILMTABLETTA                     | 28x<br>buboréksomagolásban                                              | OGYI-T-20728/12  |

| Termék név                                             | Kiszerezés                                     | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| - OLANZAPIN SANDOZ 15 MG FILMTABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20728/17  |
| - OLANZAPIN SANDOZ 20 MG FILMTABLETTA                  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20728/22  |
| - OLANZAPIN SANDOZ 5 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20728/02  |
| - OLANZAPIN TEVA 10 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/012  |
| - OLANZAPIN TEVA 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/027  |
| - OLANZAPIN TEVA 15 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/016  |
| - OLANZAPIN TEVA 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/031  |
| - OLANZAPIN TEVA 20 MG FILMTABLETTA                    | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/020  |
| - OLANZAPIN TEVA 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/035  |
| - OLANZAPIN TEVA 5 MG FILMTABLETTA                     | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/004  |
| - OLANZAPIN TEVA 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA   | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/023  |
| - OLANZAPIN TEVA 7,5 MG FILMTABLETTA                   | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/427/008  |
| - OLANZAPINE EGIS 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21687/02  |
| - OLANZAPINE EGIS 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21687/03  |
| - OLANZAPINE EGIS 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21687/04  |
| - OLANZAPINE EGIS 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21687/01  |
| - OLPINAT 10 MG FILMTABLETTA                           | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21333/03  |
| - OLPINAT 5 MG FILMTABLETTA                            | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(opa/al/pvc//al) | OGYI-T-21333/01  |
| - OLZIN 10 MG TABLETTA                                 | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20695/07  |
| - OLZIN 10 MG TABLETTA                                 | 56x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20695/08  |
| - OLZIN 5 MG TABLETTA                                  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20695/03  |
| - OLZIN 7,5 MG TABLETTA                                | 56x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20695/06  |
| - PARNASSAN 10 MG FILMTABLETTA                         | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/04  |
| - PARNASSAN 15 MG FILMTABLETTA                         | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/05  |
| - PARNASSAN 20 MG FILMTABLETTA                         | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/06  |
| - PARNASSAN 5 MG FILMTABLETTA                          | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/02  |
| - PARNASSAN 7,5 MG FILMTABLETTA                        | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-21042/03  |
| - YPSILA 40 MG KEMÉNY KAPSZULA                         | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20743/04  |
| - YPSILA 60 MG KEMÉNY KAPSZULA                         | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20743/06  |
| - YPSILA 80 MG KEMÉNY KAPSZULA                         | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-20743/08  |

| Termék név                                     | Kiszerezés                                     | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| - ZALASTA 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/415/043  |
| - ZALASTA 10 MG TABLETTA                       | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al//opa/al/pvc) | EU/1/07/415/018  |
| - ZALASTA 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/415/048  |
| - ZALASTA 15 MG TABLETTA                       | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al//opa/al/pvc) | EU/1/07/415/023  |
| - ZALASTA 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/415/053  |
| - ZALASTA 20 MG TABLETTA                       | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al//opa/al/pvc) | EU/1/07/415/028  |
| - ZALASTA 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA  | 28x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/07/415/033  |
| - ZALASTA 5 MG TABLETTA                        | 28x<br>buboréksomagolásban<br>(al//opa/al/pvc) | EU/1/07/415/007  |
| - ZELDOX 60 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 56x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-08818/05  |
| - ZELDOX 80 MG KEMÉNY KAPSZULA                 | 56x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-08818/07  |
| - ZIPWELL 40 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al//al)         | OGYI-T-21153/09  |
| - ZIPWELL 60 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al//al)         | OGYI-T-21153/14  |
| - ZIPWELL 80 MG KEMÉNY KAPSZULA                | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(al//al)         | OGYI-T-21153/19  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                                               | Kiszerezés                 | 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<br>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  |

| Termék név                                                                                  | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|
| <b>Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):</b> F060, F061, F062 |            |                  |
| <b>EÜ100 10/c2.</b>                                                                         |            |                  |

**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 gyógyszerert 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 |
|---------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/21  |
| - PERDOX 1 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/03  |
| - PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT           | 1x100ml üvegben            | OGYI-T-10212/06  |
| - PERDOX 2 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/24  |
| - PERDOX 3 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/27  |
| - PERDOX 4 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/30  |
| - RIPPEDON 1 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/03  |
| - RIPPEDON 2 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/06  |
| - RIPPEDON 3 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/09  |
| - RIPPEDON 4 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/12  |
| - 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20253/02  |

**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 gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:**

| Munkahely       | Szakképesítés                     | Jogosultság         |
|-----------------|-----------------------------------|---------------------|
| 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 |
|----------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - 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<br>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 gyógyszert rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:**

| Munkahely       | Szakképesítés                     | Jogosultság         |
|-----------------|-----------------------------------|---------------------|
| 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 |
|---------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA                | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/21  |
| - PERDOX 1 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/03  |
| - PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT           | 1x100ml üvegben            | OGYI-T-10212/06  |
| - PERDOX 2 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/24  |
| - PERDOX 3 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/27  |
| - PERDOX 4 MG FILMTABLETTA                  | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-10212/30  |
| - RIPEDON 1 MG FILMTABLETTA                 | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/03  |
| - RIPEDON 2 MG FILMTABLETTA                 | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/06  |
| - RIPEDON 3 MG FILMTABLETTA                 | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/09  |
| - RIPEDON 4 MG FILMTABLETTA                 | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20691/12  |
| - 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  |

| Termék név                  | Kiszerezés                 | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------|----------------------------|------------------|
| - RISPONS 1 MG FILMTABLETTA | 60x                        | OGYI-T-20052/02  |
| - ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-20253/02  |

**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                                | Gyermeckneuroológia | írhat               |
| Megkötés nélkül                                | Neuroológia         | írhat               |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Gyermeckneuroológia | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Neuroológia         | javasolhat és írhat |
| Háziorvos                                      | Megkötés nélkül     | javaslatra írhat    |

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

| Termék név                                           | Kiszerezés                                                  | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|
| - CONVULEX 300 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ LÁGY KAPSZULA | 100x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc/al)                | OGYI-T-01112/06  |
| - CONVULEX 300 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ LÁGY KAPSZULA | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pvdc/al)                 | OGYI-T-01112/05  |
| - CONVULEX 50 MG/ML SZIRUP GYERMEKEKNEK              | 1x100ml üvegben                                             | OGYI-T-01114/01  |
| - DEPAKINE 50 MG/ML SZIRUP                           | 1x150ml üvegben                                             | OGYI-T-05527/02  |
| - DIPHEDAN TABLETTA                                  | 25x                                                         | OGYI-T-12750/01  |
| - NEUROTOP 200 MG TABLETTA                           | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-01863/01  |
| - NEUROTOP 600 MG RETARD TABLETTA                    | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-01479/02  |
| - STAZEPINE 200 MG TABLETTA                          | 50x<br>buboréksomagolásban                                  | OGYI-T-20578/01  |
| - TEGRETOL 100 MG/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ        | 1x100 ml üvegben                                            | OGYI-T-05833/04  |
| - TEGRETOL 200 MG TABLETTA                           | 50x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al               | OGYI-T-05833/06  |
| - TEGRETOL 200 MG TABLETTA                           | 50x<br>buboréksomagolásban<br>pvc/pe/pvdc//al super triplex | OGYI-T-05833/07  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 |
|------------------------------|----------------------------------------|------------------|
| - RILUTEK 50 MG FILMTABLETTA | 56x                                    | EU/1/96/010/001  |
| - SCLEFIC 50 MG FILMTABLETTA | 56x<br>buborékcsomagolásban<br>pvc//al | OGYI-T-20837/06  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 kezdődő 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 |

**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 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 kezdődő kódot): E232

EÜ100 14.

**Támogatott indikációk:**

- Velezületett 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 kezdődő 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    |

| Termék név                                    | Kiszerelés                 | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - CIQORIN 10 MG LÁGY KAPSZULA                 | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/01  |
| - CIQORIN 100 MG LÁGY KAPSZULA                | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/04  |
| - CIQORIN 25 MG LÁGY KAPSZULA                 | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/02  |
| - CIQORIN 50 MG LÁGY KAPSZULA                 | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/03  |
| - SANDIMMUN NEORAL 10 MG LÁGY KAPSZULA        | 60x<br>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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04200/03  |
| - SANDIMMUN NEORAL 50 MG LÁGY KAPSZULA        | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04200/04  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** N04

**EÜ100 15/b.**

**Támogatott indikációk:**

- Kortikoszteroid kezelésre rezisztens nephrosis szindróma esetén

**A javaslatot kiállító és a gyógyszerrel 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 |
|-----------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - CIQORIN 10 MG LÁGY KAPSZULA                 | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/01  |
| - CIQORIN 100 MG LÁGY KAPSZULA                | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/04  |
| - CIQORIN 25 MG LÁGY KAPSZULA                 | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/02  |
| - CIQORIN 50 MG LÁGY KAPSZULA                 | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22532/03  |
| - SANDIMMUN NEORAL 10 MG LÁGY KAPSZULA        | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04200/02  |
| - SANDIMMUN NEORAL 100 MG LÁGY KAPSZULA       | 50x<br>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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04200/03  |
| - SANDIMMUN NEORAL 50 MG LÁGY KAPSZULA        | 50x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04200/04  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                                 | Kiszerelés | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------|------------|------------------|
| - FANTOMALT                                | 400 g      | 1492             |
| - LOPROFIN                                 | 27x200 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  | 1760             |
| - VITAFLO PROZERO                          | 6x1000 ml  | 1759             |

**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                                    | Kiszerezelés | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------|--------------|------------------|
| - LOPHLEX ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI                    | 30x27,8 g    | 1579             |
| - LOPHLEX LQ CITRUS ÍZŰ                       | 30x125 ml    | 726              |
| - LOPHLEX LQ LÉDÚS NARANCS                    | 30x125 ml    | 1420             |
| - LOPHLEX NARANCS ÍZŰ                         | 30x27,8 g    | 1580             |
| - MILUPA PKU 1                                | 500 g        | 112              |
| - 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 FIRST SPOON SEMLEGES ÍZŰ         | 30x12,5g     | 1765             |
| - PKU ANAMIX INFANT                           | 400 g        | 1114             |
| - PKU ANAMIX JUNIOR ANANÁSZ ÉS VANÍLIA ÍZŰ    | 30x29g       | 1651             |
| - PKU ANAMIX JUNIOR CSOKOLÁDÉ ÍZŰ             | 30x29g       | 1652             |
| - PKU ANAMIX JUNIOR ÍZESÍTETLEN               | 30x29g       | 1650             |
| - 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             |
| - VITAFLO PKU COOLER 10 ERDEI GYÜMÖLCS ÍZŰ    | 30x87 ml     | 1703             |
| - VITAFLO PKU COOLER 10 MÁLNA ÍZŰ             | 30x87 ml     | 1700             |
| - VITAFLO PKU COOLER 10 NARANCS ÍZŰ           | 30x87 ml     | 1697             |
| - VITAFLO PKU COOLER 10 NATUR ÍZŰ             | 30x87 ml     | 1694             |
| - VITAFLO PKU COOLER 15 ERDEI GYÜMÖLCS ÍZŰ    | 30x130 ml    | 1704             |
| - VITAFLO PKU COOLER 15 MÁLNA ÍZŰ             | 30x130 ml    | 1701             |
| - VITAFLO PKU COOLER 15 NARANCS ÍZŰ           | 30x130 ml    | 1698             |
| - VITAFLO PKU COOLER 15 NATUR ÍZŰ             | 30x130 ml    | 1695             |
| - VITAFLO PKU COOLER 20 ERDEI GYÜMÖLCS ÍZŰ    | 30x174 ml    | 1705             |
| - VITAFLO PKU COOLER 20 MÁLNA ÍZŰ             | 30x174 ml    | 1702             |
| - VITAFLO PKU COOLER 20 NARANCS ÍZŰ           | 30x174 ml    | 1699             |
| - VITAFLO PKU COOLER 20 NATUR ÍZŰ             | 30x174 ml    | 1696             |
| - VITAFLO PKU EXPRESS 15 CITROM ÍZŰ           | 30x25 g      | 1668             |
| - VITAFLO PKU EXPRESS 15 NARANCS ÍZŰ          | 30x25 g      | 1672             |
| - VITAFLO PKU EXPRESS 15 NATUR ÍZŰ            | 30x25 g      | 1670             |
| - VITAFLO PKU EXPRESS 15 TRÓPUSI GYÜMÖLCS ÍZŰ | 30x25 g      | 1676             |
| - VITAFLO PKU EXPRESS 20 CITROM ÍZŰ           | 30x34 g      | 1669             |
| - VITAFLO PKU EXPRESS 20 NARANCS ÍZŰ          | 30x34 g      | 1673             |
| - VITAFLO PKU EXPRESS 20 NATUR ÍZŰ            | 30x34 g      | 1671             |
| - VITAFLO PKU EXPRESS 20 TRÓPUSI GYÜMÖLCS ÍZŰ | 30x34 g      | 1675             |
| - VITAFLO PKU GEL MÁLNA ÍZŰ                   | 30x24 g      | 1390             |

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

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 TEJMENTES  | 500 g      | 1815             |
| - 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 kezdődő 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 kezdődő 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<br>buboréksomagolásban | 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<br>buboréksomagolásban                                  | 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<br>injekciós tű és 12<br>törlőkendő | EU/1/99/127/031  |
| - INTRONA 30 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN         | 1x injekciós tollban +12<br>injekciós tű és 12<br>törlőkendő | EU/1/99/127/034  |
| - INTRONA 60 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN         | 1x injekciós tollban +12<br>injekciós tű és 12<br>törlőkendő | EU/1/99/127/037  |
| - PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 1x előretöltött<br>fecskendőben +1<br>injekciós tű           | EU/1/02/221/005  |
| - PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 4x előretöltött<br>fecskendőben +4<br>injekciós tű           | EU/1/02/221/006  |
| - PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT TOLLBAN       | 4x előretöltött injekciós<br>tollban                         | EU/1/02/221/012  |
| - PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 1x előretöltött<br>fecskendőben +1<br>injekciós tű           | EU/1/02/221/007  |
| - PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 4x előretöltött<br>fecskendőben +4<br>injekciós tű           | EU/1/02/221/008  |
| - PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT TOLLBAN       | 4x előretöltött injekciós<br>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 kezdődő kódot):** B180, B181

**EÜ100 24.**

**Támogatott indikációk:**

- Szövettanilag igazolt, más gyógyszeres kezelésre nem reagáló endometrioszis

**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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------|
| - 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 buborékcsomagolásban (pvc/al fémfólia) | OGYI-T-21199/01  |
| - VISANNE 2 MG TABLETTA                                                                        | 84x buborékcsomagolásban (pvc/al fémfólia) | 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 kezdődő kódot):** N809

**EÜ100 25.**

**Támogatott indikációk:**

- Hereditár 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                                                            | Kiszerezés                    | Törzskönyvi szám |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------|
| - BERINERT 500 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ VAGY INFÚZIÓHOZ | 1x porampulla+oldószerampulla | OGYI-T-05953/01  |
| - RUCONEST 2100 EGYSÉG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ                        | 1x injekciós üvegben          | EU/1/10/641/001  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                     | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------|------------|------------------|
| - ACLASTA 5 MG OLDATOS INFÚZIÓ | 1x100ml    | EU/1/05/308/001  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 |

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

| Munkahely                                           | Szakképesítés         | Jogosultság      |
|-----------------------------------------------------|-----------------------|------------------|
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet      | Gyermektüdőgyógyászat | javaslatra írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet      | Tüdőgyógyászat        | javaslatra írhat |
| Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 4 hónap.     |                       |                  |
| Termék név                                          | Kiszerezés            | Törzskönyvi szám |
| - XOLAIR 150 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ | 1x                    | EU/1/05/319/002  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 gyógyszer rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:**

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

| Termék név                                                              | Kiszerezés                                                   | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|
| - BINOCRIT 10000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN  | 6x1,0ml előretöltött fecskendőben                            | EU/1/07/410/016  |
| - BINOCRIT 30000 NE/0,75 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 1x0,75ml előretöltött fecskendőben<br>+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<br>+bizt.tűvédővel         | EU/1/07/410/051  |
| - BINOCRIT 40000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN  | 4x1,0ml előretöltött fecskendőben<br>+bizt.tűvédővel         | EU/1/07/410/055  |
| - EPORATIO 10000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN    | 6x1ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszköz nélkül | EU/1/09/573/015  |
| - EPORATIO 10000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN    | 6x1ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel     | EU/1/09/573/016  |
| - EPORATIO 20000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN    | 4x1ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszköz nélkül | EU/1/09/573/019  |
| - EPORATIO 20000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN    | 4x1ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszközzel     | EU/1/09/573/020  |

| Termék név                                                              | Kiszerezés                                                   | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------|
| - EPORATIO 30000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN    | 4x1ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszköz nélkül | EU/1/09/573/025  |
| - EPORATIO 30000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN    | 4x1ml előretöltött fecskendőben biztonsági védőeszkőzzel     | EU/1/09/573/026  |
| - 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 lágyszűrésesedése, 1,86 mmol/l-nál magasabb foszfor szintje, 2,5 mmol/l-nél magasabb korrigált kalcium szintje, 4,4 mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup>-nél magasabb a kalcium és foszfor szorzata, 150-300 pg/ml közötti intakt parathormon szintje van, a csontanyagcsere-zavar, illetve életet veszélyeztető lágyszűrésesedés megelőzésére

**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 |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------|
| - 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 szerekekkel (antikoaguláns, diuretikummal, digoxinnal) kezelt, vazoreaktivitást vazodilatátor tesztrel 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 |
|------------------------------|----------------------------|------------------|
| - ADCIRCA 20 MG FILMTABLETTA | 56x<br>buboréksomagolásban | EU/1/08/476/006  |
| - 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<br>buboréksomagolásban | EU/1/02/220/004  |
| - TRACLEER 62,5 MG FILMTABLETTA | 56x<br>buboréksomagolásban | EU/1/02/220/002  |
| - VOLIBRIS 10 MG FILMTABLETTA   | 30x<br>buboréksomagolásban | EU/1/08/451/004  |
| - VOLIBRIS 5 MG FILMTABLETTA    | 30x<br>buboréksomagolásban | 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 (antikoaguláns, diuretikummal, digoxinnal) kezelt, vazoreaktivitást vazodilatátor teszttel 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 szövődmény és Eisenmenger szindrómához társuló pulmonalis arteriás 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<br>buboréksomagolásban | EU/1/02/220/004  |
| - TRACLEER 62,5 MG FILMTABLETTA | 56x<br>buboréksomagolásban | EU/1/02/220/002  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                                   | Kiszerezés | Törzskönyvi szám |
|----------------------------------------------|------------|------------------|
| - VENTAVIS 10 MIKROGRAMM/ML INHALÁCIÓS OLDAT | 168x       | EU/1/03/255/005  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                               | Kiszerezés           | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------|----------------------|------------------|
| - THROMBOREDUCTIN 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA | 100x hdpe tartályban | OGYI-T-09545/01  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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                | Kiszerezés                  | Törzskönyvi szám |
|---------------------------|-----------------------------|------------------|
| - KETOSTERIL FILMTABLETTA | 100x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-04359/01  |
| - KETOSTERIL FILMTABLETTA | 300x<br>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                                                                       | Kiszerezés                                                                                                   | 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  |
| - BETAFFERON 250 MIKROGRAMM/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  |
| - BETAFFERON 250 MIKROGRAMM/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  |
| - BETAFFERON 250 MIKROGRAMM/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 + 15 előretöltött fecskendő                                                            | EU/1/08/454/002  |
| - EXTAVIA 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ                  | 15x injekciós üvegben + 15 előretöltött fecskendő (záras luer)                                               | EU/1/08/454/008  |
| - REBIF 44 MIKROGRAMM/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN                          | 4x patronban                                                                                                 | EU/1/98/063/009  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - BETA FERON 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ | 12x injekciós üvegben +12x(1 db előre töltött fecskendő+1 db tűvel felszerelt adapter+2 db alkoholos törlő) | EU/1/95/003/008  |
| - BETA FERON 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ | 15x injekciós üvegben +15x(1 db előre töltött fecskendő+1 db tűvel felszerelt adapter+2 db alkoholos törlő) | EU/1/95/003/005  |
| - BETA FERON 250 MIKROGRAMM/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 + 15 előretöltött fecskendő                                                           | EU/1/08/454/002  |
| - EXTAVIA 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ    | 15x injekciós üvegben + 15 előretöltött fecskendő (záras luer)                                              | EU/1/08/454/008  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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) kóriszmézett, 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 szérumszintű GH csúcskoncentráció igazolható (GH hiány mellett - prolactint leszámítva - még legalább egy hypophysis mellsőlebenszöveti 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                                              | Kiszerelés               | 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  |

| Termék név                                           | Kiszerelés                                    | Törzskönyvi szám |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------|
| - 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 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 400 MG FILMTABLETTA     | 30x                         | EU/1/01/198/010  |
| - TASIGNA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA | 112x<br>buboréksomagolásban | EU/1/07/422/006  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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<br>buborékcsomagolásban<br>(pvc/pvdc/al), doboz | EU/1/07/422/008  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 kezdődő 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 kezdődő 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 |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - AFINITOR 10 MG TABLETTA                                      | 30x                        | EU/1/09/538/004  |
| - AFINITOR 5 MG TABLETTA                                       | 30x                        | EU/1/09/538/001  |
| - INLYTA 1 MG FILMTABLETTA                                     | 56x<br>buboréksomagolásban | EU/1/12/777/002  |
| - INLYTA 5 MG FILMTABLETTA                                     | 56x<br>buboréksomagolásban | EU/1/12/777/005  |
| - 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  |
| - VOTRIENT 200 MG FILMTABLETTA                                 | 30x hdpe tartályban        | EU/1/10/628/001  |
| - VOTRIENT 400 MG FILMTABLETTA                                 | 60x hdpe tartályban        | EU/1/10/628/004  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 |
|----------------------------------|----------------------------|------------------|
| - INLYTA 1 MG FILMTABLETTA       | 56x<br>buboréksomagolásban | EU/1/12/777/002  |
| - INLYTA 5 MG FILMTABLETTA       | 56x<br>buboréksomagolásban | EU/1/12/777/005  |
| - NEXAVAR 200 MG FILMTABLETTA    | 112x                       | EU/1/06/342/001  |
| - 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  |
| - VOTRIENT 200 MG FILMTABLETTA   | 30x hdpe tartályban        | EU/1/10/628/001  |
| - VOTRIENT 400 MG FILMTABLETTA   | 60x hdpe tartályban        | EU/1/10/628/004  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** C64

**EÜ100 38/a.**

**Támogatott indikációk:**

- Krónikus vastűterhelés, amennyiben transzfúzió okozta haemosiderosis, vagy idiopathiás (primer) haemochromatosis, vagy porphyria cutanea tardaival együjtjáró vastűterhelés 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 kezdődő kódot):** E8010, E8310

**EÜ100 38/b.**

**Támogatott indikációk:**

- Krónikus vastűterhelés 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 vastűterhelés nem transzfúziós okú, hanem a vérszegénységgel együjt 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 támogathatók az 5 és 7 chromosoma veszteséssel 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 ( $Ca > 2,4$  mmol/l) vagy normokalcemia esetén ( $Ca < 2,4$  mmol/l), ha a szérum iPTH > 800 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<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-09951/04  |
| - ZEMPLAR 2 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA       | 28x<br>buboréksomagolásban | 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 beteg szérum iPTH 500-800 pg/ml között van, és a szérum  $Ca > 2,4$  mmol/l és a  $CaxP > 4,44$  mmol<sup>2</sup>/l<sup>2</sup>, vagy a szérum iPTH > 800 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<br>buboréksomagolásban | EU/1/04/292/002  |
| - MIMPARA 60 MG FILMTABLETTA | 28x<br>buboréksomagolásban | EU/1/04/292/006  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): E2110

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 kezdődő 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 kezdődő 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 |
|-----------|---------------|-------------|
|-----------|---------------|-------------|

**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 kezdődő kódot):** C7400

**vált. 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 | Infektológia  | írhat       |

| Termék név                                              | Kiszerelés                 | Törzskönyvi szám |
|---------------------------------------------------------|----------------------------|------------------|
| - CELSENTRI 150 MG FILMTABLETTA                         | 60x<br>buboréksomagolásban | EU/1/07/418/003  |
| - CELSENTRI 300 MG FILMTABLETTA                         | 60x<br>buboréksomagolásban | EU/1/07/418/008  |
| - COMBIVIR 150 MG/300 MG FILMTABLETTA                   | 60x<br>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  |
| - EDURANT 25 MG FILMTABLETTA                            | 30x hdpe tartályban        | EU/1/11/736/001  |
| - EFAVIRENZ TEVA 600 MG FILMTABLETTA                    | 30x                        | EU/1/11/742/002  |
| - 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  |
| - 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<br>buboréksomagolásban | EU/1/04/298/002  |
| - LAMIVUDINE HSPT 300 MG FILMTABLETTA                   | 30x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22509/02  |
| - LAMIVUDINE TEVA PHARMA B.V. 150 MG FILMTABLETTA       | 60x<br>buboréksomagolásban | EU/1/09/596/003  |
| - LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE TEVA 150 MG/300 MG FILMTABLETTA | 60x<br>buboréksomagolásban | EU/1/10/663/001  |
| - LAZID 150 MG/300 MG FILMTABLETTA                      | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22591/02  |
| - NEVIRAPINE HSPT 200 MG TABLETTA                       | 60x<br>buboréksomagolásban | OGYI-T-22405/01  |

| Termék név                                             | Kiszerezés                                     | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------|
| - NEVIRAPINE TEVA 200 MG TABLETTA                      | 60x<br>buboréksomagolásban<br>(pvc/pe/pvdc/al) | EU/1/09/598/001  |
| - NEVITA 200 MG TABLETTA                               | 60x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-22533/02  |
| - 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  |
| - PREZISTA 800 MG FILMTABLETTA                         | 30x hdpe tartályban                            | EU/1/06/380/007  |
| - REYATAZ 150 MG KEMÉNY KAPSZULA                       | 60x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/03/267/004  |
| - REYATAZ 200 MG KEMÉNY KAPSZULA                       | 60x<br>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  |
| - TIVICAY 50 MG FILMTABLETTA                           | 30x hdpe tartályban                            | EU/1/13/892/001  |
| - VIDEX EC 250 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-09062/01  |
| - VIDEX EC 400 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA | 30x<br>buboréksomagolásban                     | OGYI-T-09062/03  |
| - VIRAMUNE 200 MG TABLETTA                             | 60x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/97/055/001  |
| - VIRAMUNE 400 MG RETARD TABLETTA                      | 30x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/97/055/008  |
| - VIREAD 245 MG FILMTABLETTA                           | 30x hdpe tartályban                            | EU/1/01/200/001  |
| - ZERIT 30 MG KEMÉNY KAPSZULA                          | 56x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/96/009/006  |
| - ZERIT 40 MG KEMÉNY KAPSZULA                          | 56x<br>buboréksomagolásban                     | EU/1/96/009/008  |
| - ZIAGEN 300 MG FILMTABLETTA                           | 60x                                            | EU/1/99/112/001  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő 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 gliómákban (glioblastoma multiforme RPA III-IV., anaplasztikus astrocytoma, oligodendroglioma, oligo-astrocytoma Grade III.) (KPS>70) standard kezelést (sebészi, radio- és kemoterápia) követően képalkotó eljárással igazolt recidíva, illetve progresszió esetén

**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                                   | Kiszerezés         | 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  |
| - NOGRON 100 MG KEMÉNY KAPSZULA              | 5x hdpe tartályban | OGYI-T-22417/07  |
| - NOGRON 140 MG KEMÉNY KAPSZULA              | 5x hdpe tartályban | OGYI-T-22417/10  |
| - NOGRON 180 MG KEMÉNY KAPSZULA              | 5x hdpe tartályban | OGYI-T-22417/13  |
| - NOGRON 20 MG KEMÉNY KAPSZULA               | 5x hdpe tartályban | OGYI-T-22417/04  |
| - NOGRON 250 MG KEMÉNY KAPSZULA              | 5x hdpe tartályban | OGYI-T-22417/16  |
| - 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/1/11/697/005  |
| - TEMOZOLOMIDE SUN 140 MG KEMÉNY KAPSZULA    | 5x                 | EU/1/11/697/007  |
| - TEMOZOLOMIDE SUN 180 MG KEMÉNY KAPSZULA    | 5x                 | EU/1/11/697/009  |
| - TEMOZOLOMIDE SUN 20 MG KEMÉNY KAPSZULA     | 5x                 | EU/1/11/697/003  |
| - TEMOZOLOMIDE SUN 250 MG KEMÉNY KAPSZULA    | 5x                 | EU/1/11/697/011  |
| - 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              |
| - KETOCAL 4:1 ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI SPECIÁLIS GYÓGYÁSZATI CÉLRA SZÁNT TÁPSZER | 1x300 g    | 1720             |
| - KETOCAL 4:1 VANÍLIA ÍZŰ SPECIÁLIS GYÓGYÁSZATI CÉLRA SZÁNT TÁPSZER      | 1x300 g    | 1721             |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** E7400, E7440, F8030, G4030, G4040, G4050  
**EÜ100 53/a.**

**Támogatott indikációk:**

- Nagyon aktív relapszáló-remittáló sclerosis multiplex kezelésére monoterápiában, ha 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 góctérfogot), 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 53/b.**

**Támogatott indikációk:**

- Nagyon aktív relapszáló-remittáló sclerosis multiplex kezelésére monoterápiában, ha a betegek az alkalmazott immunmoduláns kezelésre nem megfelelően reagálnak (a fingolimod kezelést megelőző 1 évben legalább 1 shubbal, MRI felvételen legalább 9 T-hyperintenzív lézió vagy 1-nél több Gd halmozódással járó lézió meglétével jellemezhető a betegség aktivitása), rendszeres szakorvosi ellenőrzés mellett (az első dózis bevétele után 6 órás megfigyelés, májfunkció és limfocitaszám ellenőrzése), 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 MRI felvételen 1-nél több Gd dúsulással járó lézió vagy megnövekedett T2 góctérfogot), rendszeres szakorvosi ellenőrzés mellett (az első dózis bevétele után 6 órás megfigyelés, májfunkció és limfocitaszám ellenőrzése), 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       |

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

| Munkahely                        | Szakképesítés               | Jogosultság             |
|----------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| <b>Termék név</b>                | <b>Kiszerelés</b>           | <b>Törzskönyvi szám</b> |
| - GILENYA 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA | 28x<br>buborékcsomagolásban | EU/1/11/677/005         |

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:  $\geq$  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
- 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 | Sugártherápia      | 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 (vérelemzések szám 30x10<sup>9</sup>/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 vérelemzések szám 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 |

| Termék név                                                  | Kiszerelés                                                                                                                           | Törzskönyvi szám |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| - NPLATE 250 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ | 1x 1 db injekciós üveg + 1 db előretöltött fecskendő + 1 db injekciós üveg adapter + 1 db tű + 1 db fecskendő + 4 db alkoholos törlő | EU/1/08/497/005  |
| - NPLATE 250 MIKROGRAMM POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ             | 1x                                                                                                                                   | EU/1/08/497/001  |
| - REVOLADE 25 MG FILMTABLETTA                               | 28x<br>buboréksomagolásban                                                                                                           | EU/1/10/612/002  |
| - REVOLADE 50 MG FILMTABLETTA                               | 28x<br>buboréksomagolásban                                                                                                           | EU/1/10/612/005  |

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D6930

EÜ100 57.

#### Támogatott indikációk:

- Hosszútávú, elsődleges vagy másodlagos megelőzőként folyamatos alvadásgátló kezelés szükségessége esetén, legalább 3 hónapos - megszakítás nélküli - Eü90 4/a1., 4/b1. vagy 4/c1. indikációs pont szerinti járóbeteg-ellátás keretében történő terápia folytatásaként a kockázat fennállásának idejére
- amennyiben K-vitamin antagonisták adása ellenjavallt vagy K-vitamin antagonisták adása mellett legalább grade II. súlyosságú gastrointestinalis vagy hepaticus mellékhatás, vasculitis, cumarin necrosis, blue toe syndroma, normális vasforgalmi adatok mellett jelentkező kifejezett hajhullás, INR érték alapján - nem túlادagolásból adódó - vérzés kialakulása esetén,
- splanchnicus vagy vena hepatica thrombosis esetén,
- malignus daganatban szenvedő beteg részére egyéb járulékos thrombogén tényező (immobilitás, kemoterápia, hormonterápia, angiogenezis-gátló, thalidomid vagy lenalinomid kezelés, a daganat, annak áttéte vagy nyirok pangás által okozott érkompresszió) fennállásának időtartamára, valamint korábbi vénás thromboembóliás epizódot követően
- várandósság esetén:
  - hosszútávú K-vitamin antagonistával végzett kezelés folytatásaként,
  - ha az előzményben provokáló tényező nélkül vagy oestrogen kezelés miatt kialakult vénás thromboembolia vagy a várandósság során kialakult vénás thromboembolia szerepel,
  - amennyiben a családi anamnézisben pozitív és ismert homozygota FV Leiden vagy homozygota FII G20210A pontmutáció, kombinált örökletes thrombosiskészség, klinikai és laboratóriumi definíciónak megfelelő antifoszfolipid betegség van

#### 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 | Érsebészet             | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Haematológia           | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Idegsebészet           | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Kardiológia            | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Klinikai onkológia     | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Mellkassebészet        | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Szívsebészet           | javasolhat és írhat |
| Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet | Szülészet-nőgyógyászat | 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 |
|------------|------------|------------------|
|------------|------------|------------------|

| Termék név                                                                     | Kiszerezés                         | Törzskönyvi szám |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------|
| - CLEXANE FORTE 120 MG/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN      | 10x0,8ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04097/13  |
| - CLEXANE FORTE 150 MG/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN      | 10x1,0ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04097/15  |
| - CLEXANE 10000 NE/1,0 ML (100 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN | 10x1ml előretöltött fecskendőben   | OGYI-T-04097/10  |
| - CLEXANE 2000 NE/0,2 ML (20 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN   | 10x0,2ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04097/02  |
| - CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN   | 10x0,4ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04097/04  |
| - CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN   | 10x0,6ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04097/06  |
| - CLEXANE 8000 NE/0,8 ML (80 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN   | 10x0,8ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04097/08  |
| - 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 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  |
| - FRAGMIN 5000 NE/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN           | 10x0,2ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04428/06  |
| - FRAGMIN 7500 NE/0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN           | 10x0,3ml előretöltött fecskendőben | OGYI-T-04428/08  |
| - 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  |
| - 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  |
| - FRAXODI 19000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ                                     | 10x1 ml                            | OGYI-T-08015/04  |

**Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot):** D689, I2600, I2601, I2602, I2603, I269, I48H0, I6380, I6760, I7490, I829, I8710, M3110, M3513, M3514, O2230, Z298