

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

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

Szakorvosi javaslat érvényessége ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ARICEPT 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-06059/01
- DONECTIL 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20599/06
- DONECTIL 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20599/02
- DONENORM 10 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21177/02
- DONENORM 5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21177/01
- DONEPEZIL MYLAN 10 MG FILMTABLETTA	28x(buborékfóliában)	OGYI-T-20864/13
- DONEPEZIL MYLAN 5 MG FILMTABLETTA	28x(buborékfóliában)	OGYI-T-20864/03
- DONEPEZIL ORION 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20881/02
- DONEPEZIL ORION 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20881/01
- DONEPEZIL-TEVA 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20723/02
- DONEPEZIL-TEVA 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20723/01
- DONESYN 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20699/02
- DONESYN 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20699/01
- EXELON 1,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x(buborékfólia pvc/al)	EU/1/98/066/001
- EXELON 3 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x(buborékfólia pvc/al)	EU/1/98/066/004
- EXELON 4,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x(buborékfólia pvc/al)	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(buborékfólia pvc/al)	EU/1/98/066/010
- EXELON 9,5 MG/24 ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	30x	EU/1/98/066/024
- PALIXID 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20542/02
- PALIXID 5 MG FILMTABLETTA	28x	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
Kijelölt intézmény	Neurológia	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- EBIXA 10 MG FILMTABLETTA	28x(buborékfólia alu/pp)	EU/1/02/219/007
- EBIXA 10 MG FILMTABLETTA	56x(buborékfólia alu/pp)	EU/1/02/219/008
- EBIXA 10 MG/G BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x50 g	EU/1/02/219/005

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

EÜ50 5.**Támogatott indikációk:**

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

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

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

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- AQUA DESTILLATA PRO INJECTIONE "PM"	100x10 ml	OGYI-T-20303/02
- AQUA DESTILLATA PRO INJECTIONE "PM"	5x10 ml	OGYI-T-20303/01
- ISODEX 50 MG/ML OLDATOS INFÚZIÓ	1x500 ml	OGYI-T-03503/03
- ISODEX 50 MG/ML OLDATOS INFÚZIÓ	1x500 ml	OGYI-T-03503/04
- NATRIUM CHLORATUM TEVA 0,9% OLDATOS INJEKCIÓ	10x10 ml	OGYI-T-09776/03
- NATRIUM CHLORATUM TEVA 0,9% OLDATOS INJEKCIÓ	100x10 ml	OGYI-T-09776/04
- RINGER LAKTÁT-HARTMANN TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1000 ml	OGYI-T-06189/02
- RINGER LAKTÁT-HARTMANN TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	500 ml	OGYI-T-06189/03
- RINGER LAKTÁT-HARTMANN TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	500 ml	OGYI-T-06189/01
- RINGER-TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1x1000 ml	OGYI-T-05890/03
- RINGER-TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1x500 ml	OGYI-T-05890/01
- RINGER-TEVA OLDATOS INFÚZIÓ	1x500 ml	OGYI-T-05890/04
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x1000 ml	OGYI-T-03514/08

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x1000 ml	OGYI-T-03514/09
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x250 ml	OGYI-T-03514/05
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x500 ml	OGYI-T-03514/06
- SALSOL OLDATOS INFÚZIÓ	1x500 ml	OGYI-T-03514/07

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

vált. EÜ50 6/a.

Támogatott indikációk:

- Dokumentált 2-es típusú cukorbetegség, orális antidiabetikus kezelés kiegészítésére bázisinzulin terápiaaként, amennyiben orális antidiabetikum kezelés mellett a beállított medikáció ellenére a megfelelő anyagcserehelyzet (HbA1c<7.0%) nem volt elérhető

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)	5x3 ml előretöltött injekciós toll (solostar)	EU/1/00/134/033
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml üvegpatronban	EU/1/00/134/006
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN (OPTICLIK)	5x3 ml üvegpatronban (opticlick-hez)	EU/1/00/134/025
- LEVEMIR 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/04/278/002

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

vált. EÜ50 6/b.

Támogatott indikációk:

- Dokumentált 2-es típusú cukorbetegség, amennyiben diétával, testsúly-csökkenéssel, életmód-változtatással és metformin terápiával a megfelelő vércukoranyagcsere-háztartás (HbA1c<7.0%) nem volt elérhető, metforminnal kombinálva, vagy metformin-intolerancia, kontraindikáció esetén monoterápiában, amennyiben éhomi <8,0 mmol/l vércukor mellett a posztprandriális vércukorérték emelkedés meghaladja a 30%-ot és a szulfanilureával történő kombinációs terápiától fokozott hypoglicæmia veszélye várható

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

Munkahely	Szakképzés	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- 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

vált. EÜ50 6/c.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ACARBOSE MYLAN 100 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-20981/17
- ACARBOSE MYLAN 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20981/13
- ACARBOSE MYLAN 50 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-20981/07
- ACARBOSE MYLAN 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20981/03
- GLUCOBAY 100 MG TABLETTA	120x	OGYI-T-01657/06
- GLUCOBAY 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-01657/04
- 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 7.

Támogatott indikációk:

- Térdízületi arthrosis súlyos, folyadékgyülemmel járó esetei

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Ortopédia-traumatológia	írhat
Megkötés nélkül	Reumatológia	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- HYALGAN INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x2 ml	OGYI-T-04529/01

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

EÜ50 8.

Támogatott indikációk:

- Herpes simplex és herpex zooster dokumentáltan súlyos ophtalmicus szövödményei

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Szemészet	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- VIRGAN 1,5 MG/G SZEMGÉL	1x5 g	OGYI-T-20035/01
- VIROLEX 3% SZEMKENŐCS	4,5 g	OGYI-T-01375/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- EGIFILIN 200 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-04806/01
- EGIFILIN 300 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-04807/01
- EGIFILIN 50 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-04804/01
- EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA	100x	OGYI-T-05991/02
- EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA	50x	OGYI-T-05991/01
- EUPHYLONG 200 MG OLDATOS INJEKCIÓ	5x10 ml	OGYI-T-05991/07
- EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA	100x	OGYI-T-05991/04

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA	50x	OGYI-T-05991/03
- EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA	100x	OGYI-T-05991/06
- EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA	50x	OGYI-T-05991/05
- RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA	100x	OGYI-T-02025/02
- RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-02025/01
- RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA	100x	OGYI-T-02026/02
- RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-02026/01
- THEOSPIREX 150 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04246/01
- THEOSPIREX 200 MG/10 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x10 ml	OGYI-T-04246/03
- THEOSPIREX 300 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04246/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 elhúzódo hatású hörgőtágító kiegészítőjeként

A javaslatot kiállító és a gyógyszerert rendelö 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	20x	OGYI-T-04806/01
- EGIFILIN 300 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-04807/01
- EGIFILIN 50 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-04804/01
- EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA	100x	OGYI-T-05991/02
- EUPHYLONG 100 MG RETARD KAPSZULA	50x	OGYI-T-05991/01
- EUPHYLONG 200 MG OLDATOS INJEKCIÓ	5x10 ml	OGYI-T-05991/07
- EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA	100x	OGYI-T-05991/04
- EUPHYLONG 250 MG RETARD KAPSZULA	50x	OGYI-T-05991/03
- EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA	100x	OGYI-T-05991/06
- EUPHYLONG 375 MG RETARD KAPSZULA	50x	OGYI-T-05991/05
- RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA	100x	OGYI-T-02025/02
- RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-02025/01
- RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA	100x	OGYI-T-02026/02
- RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-02026/01
- THEOSPIREX 150 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04246/01
- THEOSPIREX 200 MG/10 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x10 ml	OGYI-T-04246/03
- THEOSPIREX 300 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04246/02

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

EÜ50 10.

Támogatott indikációk:

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

A javaslatot kiállító és a gyógyszerert 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ADEXOR MR 35 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAG LEADÁSÚ FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-09067/01
- MODUXIN MR 35 MG RETARD TABLETTA	60x(al//pvc buorékfóliában)	OGYI-T-20603/02
- PREDUCTAL MR 35 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-08844/01

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

EÜ 70 százalékos támogatási kategória

vált. EÜ70 1.

Támogatott indikációk:

- Dokumentált 2-es típusú cukorbetegség, amennyiben diétával, testsúly-csökkenéssel, életmód-változtatással és metforminnal történő kezeléssel megfelelő vércukoranyagcsere-háztartás (HbA1c<7.0%) nem volt elérhető, metforminnal kombinálva (kombinációs készítmény önmagában is teljesíti a kritériumot), vagy metformin-intolerancia, kontraindikáció esetén szulfanilureával kombinálva (kombinációs készítmény önmagában is teljesíti a kritériumot)

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ACTOS 30 MG TABLETTA	28x(buborékcsomagolás)	EU/1/00/150/004
- AVAGLIM 4 MG/4 MG FILMTABLETTA	28x(buborékfólia pvc/pvdc/al)	EU/1/06/349/002
- AVAGLIM 8 MG/4 MG FILMTABLETTA	28x(buborékfólia pvc/pvdc/al)	EU/1/06/349/006
- AVANDAMET 2 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/03/258/009
- AVANDAMET 2 MG/500 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/03/258/005
- AVANDAMET 4 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/03/258/012
- AVANDIA 4 MG FILMTABLETTA	28xpvc/aluminium buborékfóliában	EU/1/00/137/006
- AVANDIA 8 MG FILMTABLETTA	28x(pvc/alu)	EU/1/00/137/011
- BYETTA 10 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x2,4 ml előretöltött tollban	EU/1/06/362/003
- BYETTA 5 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x1,2 ml előretöltött toll	EU/1/06/362/001
- COMPETACT 15 MG/850 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/06/354/005
- EUCREAS 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/07/425/009
- EUCREAS 50 MG/850 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/07/425/003
- GALVUS 50 MG TABLETTA	28x(buborékcsomagolás pa/al/pvc/al)	EU/1/07/414/003
- GALVUS 50 MG TABLETTA	56x(buborékcsomagolás pa/al/pvc/al)	EU/1/07/414/005
- JANUMET 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/08/455/010
- JANUVIA 100 MG FILMTABLETTA	28x(buborékfólia pvc/pe/pvdc/al)	EU/1/07/383/014
- ONGLYZA 5 MG FILMTABLETTA	30x1 (perforált buborékfóliában)	EU/1/09/545/009
- VELMETIA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/08/456/010
- VICTOZA 6 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	2x3 ml	EU/1/09/529/002
- 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 gyógyszer 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	OGYI-T-07491/01
- DISGREN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-08558/01

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 ischemiás 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 gyógyszer rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ACLOTIN 250 MG FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-09235/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ACLOTIN 250 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-09235/02
- APLATIC 250 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-06121/01
- IPATON FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-06824/01
- PLACOR BEVONT TABLETTA	20x	OGYI-T-09361/01
- TICLID 250 MG FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-01740/01
- TICLOGAL 250 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09643/01
- TICLOPIDIN HEXAL 250 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20262/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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

vált. 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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ATROMBIN 75 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20865/01
új - CLOPIDEP 75 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-21117/04
- CLOPIDOGREL GSK 75 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-21051/01
- CLOPIDOGREL HEXAL 75 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/09/534/002
- CLOPIDOGREL MYLAN 75 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/09/559/003
- CLOPIDOGREL RATIOPHARM 75 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/09/554/002
- CLOPIDOGREL TEVA 75 MG FILMTABLETTA	30x1 (buborékfóliában)	EU/1/09/540/012

	Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új	- CLOPIDOGREL-Q PHARMA 75 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-21158/01
	- CLOPITHAN 75 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21120/01
	- EGITROMB 75 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20925/01
	- KARDOGREL 75 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20766/02
	- KERBERAN 75 MG FILMTABLETTA	28x(pvc/pe/pdvc/al bliszter)	OGYI-T-20746/01
	- LOPIGAL 75 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20975/01
	- NOFARDOM 75 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20976/02
	- PLAGREL 75 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20778/01
	- TROMBEX 75 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20937/02
	- TUXEDON 75 MG FILMTABLETTA	28x (opa/al/pvc//al)	OGYI-T-21224/01
	- TUXEDON 75 MG FILMTABLETTA	84x (opa/al/pvc//al)	OGYI-T-21224/02

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

vált. EÜ70 5.

Támogatott indikációk:

- Teljes vagy részleges hasnyálmirigy-eltávolítás
- Dokumentáltan súlyos maldigestio

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- KREON 10.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-04231/08
- KREON 10.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-04231/09
- KREON 25.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-04231/03
- KREON 25.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-04231/02
- NEO-PANPUR FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-03762/01
- PANGROL 10.000 KAPSZULA	100x	OGYI-T-07600/02
- PANGROL 25.000 KAPSZULA	100x	OGYI-T-07601/02
- PANGROL 25.000 KAPSZULA	50x	OGYI-T-07601/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- PANZYTRAT 25000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-04197/03

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

EÜ70 6.

Támogatott indikációk:

- Tartós vagy intermittáló katéterkezelés esetén

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- INSTILLAGEL 0,52 MG/20,9 MG GÉL	10x	OGYI-T-02066/02

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

EÜ70 7.

Támogatott indikációk:

- A rosszindulatú daganatos betegségek dokumentált ossealis manifesztációja

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- APRANAX 275 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-03742/01
- APRANAX 550 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-04030/01
- DICLAC 150 ID RETARD TABLETTA	20x	OGYI-T-07868/02
- DICLOFENAC AL I.M. INJEKCIÓ	10x	OGYI-T-04366/02
- DICLOFENAC AL 50 FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04365/02
- DICLOFENAC DUO PHARMAVIT 75 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-04259/01
- DICLOFENAC 100 STADA RETARD FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-04194/03
- DICLOFENAC 100 STADA RETARD FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-04194/01
- DICLOFENAC 100 STADA RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04194/02
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KAPSZULA	20x	OGYI-T-07840/02

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-07304/03
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-07304/02
- DICLOFENAC-TEVA 100 MG VÉGBÉLKÚP	10x	OGYI-T-04419/01
- DONALGIN 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-03557/01
- HOTE MIN 20 MG KAPSZULA	20x	OGYI-T-03797/01
- NAPMEL 250 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-05595/02
- NAPMEL 250 MG TABLETTA	30x(pvc/pvdc//al buborekfóliában és dobozban)	OGYI-T-05595/04
- NAPMEL 500 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-05596/02
- NAPMEL 500 MG TABLETTA	30x(pvc/pvdc//al buborekfóliában és dobozban)	OGYI-T-05596/03
- SURGAM 300 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-01546/01
- TILCOTIL 20 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-03885/01
- TILCOTIL 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-03885/02
- TILCOTIL 20 MG VÉGBÉLKÚP	10x	OGYI-T-03885/03
- VOLTAREN 75 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x3 ml	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
- 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ACECGEN 100 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21100/03
- ACECGEN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21100/04

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- APRANAX 275 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-03742/01
- APRANAX 550 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-04030/01
- BORBIN 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20700/04
- CAMELOX 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-10465/03
- CAMELOX 15 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-10465/04
- DELAGIL TABLETTA	30x	OGYI-T-03213/01
- DICLAC 150 ID RETARD TABLETTA	20x	OGYI-T-07868/02
- DICLOFENAC AL I.M. INJEKCIÓ	10x	OGYI-T-04366/02
- DICLOFENAC AL 50 FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04365/02
- DICLOFENAC DUO PHARMAVIT 75 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-04259/01
- DICLOFENAC 100 STADA RETARD FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-04194/03
- DICLOFENAC 100 STADA RETARD FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-04194/01
- DICLOFENAC 100 STADA RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-04194/02
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 100 MG RETARD KAPSZULA	20x	OGYI-T-07840/02
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-07304/03
- DICLOFENAC-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-07304/02
- DICLOFENAC-TEVA 100 MG VÉGBÉLKÚP	10x	OGYI-T-04419/01
- DONALGIN 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-03557/01
- HOTEMIN 20 MG KAPSZULA	20x	OGYI-T-03797/01
- MELODYN 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09794/02
- MELODYN 7,5 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09793/02
- MELOGEN 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20054/06
- MELOX EP 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-10293/01
- MELOX EP 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10293/02
- MELOXAN 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20053/02
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20079/03
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20079/05
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-20079/04
- MELOXICAM-RATIOPHARM 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20074/01
- MELOXICAM-TEVA 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20078/04
- MELOXICAM-ZENTIVA 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20656/04
- MESULID 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-06459/01
- MESULID 50 MG/G GRANULÁTUM	30x	OGYI-T-06459/02
- MOVALIS 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-06152/01
- MOVALIS 15 MG VÉGBÉLKÚP	6x	OGYI-T-06153/01
- MOXICAM 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-09828/02
- NAPMEL 250 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-05595/02
- NAPMEL 250 MG TABLETTA	30x(pvc/pvdc//al buborékfóliában és dobozban)	OGYI-T-05595/04
- NAPMEL 500 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-05596/02
- NAPMEL 500 MG TABLETTA	30x(pvc/pvdc//al buborékfóliában és dobozban)	OGYI-T-05596/03
- NIDOL 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08265/02

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- NIMELID 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10442/01
- NOFLAMEN 15 MG TABLETTA	10x	OGYI-T-20188/03
- NOFLAMEN 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20188/04
- SURGAM 300 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-01546/01
- TILCOTIL 20 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-03885/01
- TILCOTIL 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-03885/02
- TILCOTIL 20 MG VÉGBÉLKÚP	10x	OGYI-T-03885/03
- TREXAN 10 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-04761/02
- TREXAN 2,5 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-04761/01
- VOLTAREN 75 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x3 ml	OGYI-T-05572/06
- XILOX 50 MG/G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	30x	OGYI-T-09791/03

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

EÜ70 8/b.

Támogatott indikációk:

- Rheumatoid arthritis, ha a beteg 65 évnél idősebb, vagy gyomor-bélnyálkahártya sérülés nagy kockázata áll fenn (előzetes ulcus dokumentált eseteiben, NSAID okozta gastrointestinalis vérzés dokumentált eseteiben), vagy tartósan szteroidot szed, vagy vérzékenységben szenved, vagy antikoaguláns kezelésben részesül (ideértve a salicilát profilaxist is) az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok és kardiovasculáris kockázati tényezők figyelembevételével
- Spondylitis ankylopoetica, ha a beteg 65 évnél idősebb, vagy gyomor-bélnyálkahártya sérülés nagy kockázata áll fenn (előzetes ulcus dokumentált eseteiben, NSAID okozta gastrointestinalis vérzés dokumentált eseteiben), vagy tartósan szteroidot szed, vagy vérzékenységben szenved, vagy antikoaguláns kezelésben részesül (ideértve a salicilát profilaxist is) az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatok és kardiovasculáris kockázati tényezők figyelembevételével
- Súlyos nagyízületi 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 gyógyszerrel 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
- ACECGEN 100 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21100/03
- ACECGEN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21100/04
- ARCOXIA 60 MG FILMTABLETTA	14x	OGYI-T-08825/06
- ARCOXIA 60 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-08825/07
- ARCOXIA 90 MG FILMTABLETTA	14x	OGYI-T-08825/08
- ARCOXIA 90 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-08825/09
- BORBIN 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20700/04
- CAMELOX 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-10465/03
- CAMELOX 15 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-10465/04

Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- CELEBREX 200 MG KAPSZULA	20x(pvc/aclar//alu, clear)	OGYI-T-07288/01
- MELODYN 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09794/02
- MELODYN 7,5 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09793/02
- MELOGEN 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20054/06
- MELOX EP 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-10293/01
- MELOX EP 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10293/02
- MELOXAN 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20053/02
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20079/03
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20079/05
- MELOXICAM SANDOZ 15 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-20079/04
- MELOXICAM-RATIOPHARM 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20074/01
- MELOXICAM-TEVA 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20078/04
- MELOXICAM-ZENTIVA 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20656/04
- MESULID 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-06459/01
- MESULID 50 MG/G GRANULÁTUM	30x	OGYI-T-06459/02
- MOVALIS 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-06152/01
- MOVALIS 15 MG VÉGBÉLKÚP	6x	OGYI-T-06153/01
- MOXICAM 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-09828/02
- NIDOL 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08265/02
- NIMELID 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10442/01
- NOFLAMEN 15 MG TABLETTA	10x	OGYI-T-20188/03
- NOFLAMEN 15 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-20188/04
- XILOX 50 MG/G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	30x	OGYI-T-09791/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M059, M069, M169, M179, M1990, M45

vált. 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 szakképzésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- BÉRES CALCIUM 500 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10054/02
- CITROKALCIUM 200 TABLETTA	50x	OGYI-T-07260/01
- VIGANTOL 20000 NE/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	10 ml	OGYI-T-01608/01
- VITAMIN D3 FRESENIUS 1000 NE TABLETTA	30x	OGYI-T-02088/01
- VITAMIN D3 FRESENIUS 1000 NE TABLETTA	90x	OGYI-T-02088/02
- VITAMIN D3 3000 NE BIOEXTRA LÁGY KAPSZULA	100x	OGYI-T-05315/02
- VITAMIN D3 3000 NE BIOEXTRA LÁGY KAPSZULA	20x	OGYI-T-05315/01

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

vált. EÜ70 9/a2.

Támogatott indikációk:

- Osteoporoticus csonttörések primer prevenciója céljából, postmenopausában, osteoporosissal 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, osteoporosissal 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-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészet-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4 db/56 db	OGYI-T-10478/02
- ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4 db/60 db	OGYI-T-10478/01
- ACTONEL 35 MG FILMTABLETTA	12x	OGYI-T-08738/02
- ACTONEL 35 MG FILMTABLETTA	4x	OGYI-T-08738/01
- ACTONEL 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-08339/01
- ALENDIS 70 MG TABLETTA	4x(buborékfóliában)	OGYI-T-20241/01
- ALENDROMAX 70 MG TABLETTA	12x	OGYI-T-10403/04
- ALENDROMAX 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10403/02
- ALENDRON HEXAL 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10398/01
- ALENDRONAT PLIVA 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-20438/01
- ALENDRONAT-RATIOPHARM 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10401/01
- BONEACT 35 MG FILMTABLETTA	4x	OGYI-T-20382/01
- BONVIVA 150 MG FILMTABLETTA	1x	EU/1/03/265/003

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CALCISEDON-D FILMTABLETTA	28x+4x	OGYI-T-20189/01
- CALCISEDON-D FILMTABLETTA	84x+12x	OGYI-T-20189/02
- CALCISEDON-D TRIO FILMTABLETTA	56x+4x	OGYI-T-20189/03
- EPOLAR 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-20136/01
- FORTIMAX TABLETTA	4x	OGYI-T-10378/01
- FOSAVANCE 70 MG/2800 NE TABLETTA	4x	EU/1/05/310/002
- FOSAVANCE 70 MG/5600 NE TABLETTA	4x	EU/1/05/310/007
- MASSIDRON 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-20168/01
- MASSIDRON 70 MG TABLETTA	8x	OGYI-T-20168/02
- SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	12x	OGYI-T-09996/03
- SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	4x	OGYI-T-09996/02
- TRABECAN-TEVA 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10612/01

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

vált. EÜ70 9/a3.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ACLASTA 5 MG OLDATOS INFÚZIÓ	1x100 ml	EU/1/05/308/001
- BONVIVA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x	EU/1/03/265/005

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

vált. 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-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Belgyógyászat	javasolhat és írhat
Menopauza és osteoporózis járóbeteg-szakrendelés	Szülészeti-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

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

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

új EÜ70 9/b1.

Támogatott indikációk:

- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, 75 év alatti osteoporosisal élő nőnek (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 nőnek T-score érték meghatározása nélkül is, legalább egy típusos osteoporoticus csonttörési eseményt követően, a megfelelő gyógyszeres kalcium és D-vitamin bevitel (amennyiben nem kontraindikált) biztosításával együtt - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4 db/56 db	OGYI-T-10478/02
új - ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4 db/60 db	OGYI-T-10478/01
új - ACTONEL 35 MG FILMTABLETTA	12x	OGYI-T-08738/02
új - ACTONEL 35 MG FILMTABLETTA	4x	OGYI-T-08738/01
új - ACTONEL 5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-08339/01
új - ALENDIS 70 MG TABLETTA	4x(buborékfóliában)	OGYI-T-20241/01
új - ALENDROMAX 70 MG TABLETTA	12x	OGYI-T-10403/04
új - ALENDROMAX 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10403/02
új - ALENDRON HEXAL 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10398/01
új - ALENDRONAT PLIVA 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-20438/01
új - ALENDRONAT-RATIOPHARM 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10401/01
új - BONEACT 35 MG FILMTABLETTA	4x	OGYI-T-20382/01
új - BONVIVA 150 MG FILMTABLETTA	1x	EU/1/03/265/003
új - CALCISEDON-D FILMTABLETTA	28x+4x	OGYI-T-20189/01
új - CALCISEDON-D FILMTABLETTA	84x+12x	OGYI-T-20189/02
új - CALCISEDON-D TRIO FILMTABLETTA	56x+4x	OGYI-T-20189/03
új - EPOLAR 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-20136/01
új - FORTIMAX TABLETTA	4x	OGYI-T-10378/01
új - FOSAVANCE 70 MG/2800 NE TABLETTA	4x	EU/1/05/310/002
új - FOSAVANCE 70 MG/5600 NE TABLETTA	4x	EU/1/05/310/007
új - MASSIDRON 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-20168/01
új - MASSIDRON 70 MG TABLETTA	8x	OGYI-T-20168/02
új - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	12x	OGYI-T-09996/03
új - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	4x	OGYI-T-09996/02
új - TRABECAN-TEVA 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10612/01

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

új EÜ70 9/b2.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	írhat

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

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

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - ACLASTA 5 MG OLDATOS INFÚZIÓ	1x100 ml	EU/1/05/308/001
új - BONVIVA 3 MG/3 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x	EU/1/03/265/005

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

új EÜ70 9/b3.

Támogatott indikációk:

- Osteoporoticus csonttörések szekunder prevenciója céljából, 75 év alatti osteoporosisal élő nőnek (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 gyógyszer rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - EVISTA 60 MG FILMTABLETTA	28x(pvc/aclar)	EU/1/98/073/002
új - PROTELOS 2 G GRANULÁTUM BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	28x	EU/1/04/288/003

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

új 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 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-traumatológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
új - ACLASTA 5 MG OLDATOS INFÚZIÓ	1x100 ml	EU/1/05/308/001
új - ACTONEL TRIO 35 MG FILM- ÉS RÁGÓTABLETTA	4 db/56 db	OGYI-T-10478/02
új - ACTONEL 35 MG FILMTABLETTA	4x	OGYI-T-08738/01
új - BONEACT 35 MG FILMTABLETTA	4x	OGYI-T-20382/01
új - CALCISEDON-D FILMTABLETTA	28x+4x	OGYI-T-20189/01
új - CALCISEDON-D FILMTABLETTA	84x+12x	OGYI-T-20189/02
új - CALCISEDON-D TRIO FILMTABLETTA	56x+4x	OGYI-T-20189/03
új - EPOLAR 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-20136/01
új - MASSIDRON 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-20168/01
új - MASSIDRON 70 MG TABLETTA	8x	OGYI-T-20168/02
új - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	12x	OGYI-T-09996/03
új - SEDRON 70 MG FILMTABLETTA	4x	OGYI-T-09996/02
új - TRABECAN-TEVA 70 MG TABLETTA	4x	OGYI-T-10612/01

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

EÜ70 10.

Támogatott indikációk:

- Acne conglobata több régióra kiterjedő esetei

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Bőrgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- AKNENORMIN 10 MG LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-10170/01
- AKNENORMIN 20 MG LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-10171/01

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ISOTRETINOIN HEXAL 10 MG LÁGYKAPSZULA	30x	OGYI-T-10354/01
- ISOTRETINOIN HEXAL 20 MG LÁGYKAPSZULA	30x	OGYI-T-10355/01
- ISOTRETINOIN-RATIOPHARM 10 MG LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-20238/02
- ISOTRETINOIN-RATIOPHARM 20 MG LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-20238/07
- ROACCUTAN 10 MG LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-01278/01
- ROACCUTAN 20 MG LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-01278/02
- SOTRET 10 MG LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-08989/01
- SOTRET 20 MG LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-08989/05

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): L7010

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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- FERRLECIT 12,5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x5 ml	OGYI-T-00438/01

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

EÜ70 13.

Támogatott indikációk:

- Táplálékfelvétel és utilizáció súlyos károsodásával járó kórkepek 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	Gyermek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermeksebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermektüdőgyógyászat	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

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
- ENSURE PLUS CSIRKE ÍZŰ	250 ml	938
- ENSURE PLUS FIBER MÁLNA	200 ml	1035
- ENSURE PLUS FIBER VANÍLIA	200 ml	1036
- ENSURE PLUS HN BANÁN ÍZESÍTÉSŰ	200 ml	363
- ENSURE PLUS HN BARACK ÍZESÍTÉSŰ	200 ml	464
- ENSURE PLUS HN CSOKOLÁDÉ ÍZESÍTÉSŰ	200 ml	462
- ENSURE PLUS HN EPER ÍZESÍTÉSŰ	200 ml	330
- ENSURE PLUS HN ERDEI GYÜMÖLCS ÍZESÍTÉSŰ	200 ml	364
- ENSURE PLUS HN ÍZESÍTÉS NÉLKÜL	200 ml	466
- ENSURE PLUS HN KÁVÉ ÍZESÍTÉSŰ	200 ml	465
- ENSURE PLUS HN NARANCS ÍZESÍTÉSŰ	200 ml	463
- ENSURE PLUS HN VANÍLIA ÍZESÍTÉSŰ	200 ml	362
- ENSURE TWOCAL	200 ml	965
- FRESUBIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: EPER	4x200 ml	911
új - 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
új - FRESUBIN ENERGY 2KCAL FIBRE DRINK (CAPPUCINO ÍZŰ)	4x200 ml	1154
új - FRESUBIN ENERGY 2KCAL FIBRE DRINK (CSOKOLÁDÉ)	4x200 ml	1155
új - FRESUBIN ENERGY 2KCAL FIBRE DRINK (VANÍLIA)	4x200 ml	1156
- FRESUBIN ORIGINAL DRINK ÍZESÍTÉS:CSOKOLÁDÉ	200ml (easy bottle)	1064
- FRESUBIN ORIGINAL DRINK ÍZESÍTÉS:CSOKOLÁDÉ	4x200ml (easy bottle)	1067
- FRESUBIN ORIGINAL DRINK ÍZESÍTÉS:VANÍLIA	200ml (easy bottle)	1066
- 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
új - FRESUBIN 2KCAL DRINK (CAPPUCINO)	4x200 ml	1150
új - FRESUBIN 2KCAL DRINK (KARAMELL)	4x200 ml	1151
új - FRESUBIN 2KCAL DRINK (SÁRGABARACK-ŐSZIBARACK)	4x200 ml	1152
új - FRESUBIN 2KCAL DRINK (VANÍLIA)	4x200 ml	1153
- NUTRICIA NUTRIDRINK BANÁN ÍZŰ	8x200 ml	1077
- NUTRICIA NUTRIDRINK CSOKOLÁDÉ ÍZŰ	8x200 ml	1046
- NUTRICIA NUTRIDRINK EPER ÍZŰ	8x200 ml	1047
- NUTRICIA NUTRIDRINK ÍZESÍTÉS NÉLKÜL	8x200 ml	1074

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- NUTRICIA NUTRIDRINK KARAMELL ÍZÜ	8x200 ml	1079
- NUTRICIA NUTRIDRINK NARANCS ÍZÜ	8x200 ml	1048
- NUTRICIA NUTRIDRINK TRÓPUSI GYÜMÖLCS ÍZÜ	8x200 ml	1078
- NUTRICIA NUTRIDRINK VANÍLIA ÍZÜ	8x200 ml	1045
- NUTRICIA NUTRIDRINK YOGHURT MÁLNA	8x200 ml	1076
- NUTRICIA NUTRIDRINK YOGHURT VANÍLIA ÉS CITROM	8x200 ml	1075
- RESOURCE ENERGY 2,0 NAGY ENERGIA- ÉS ROSTTARTALMÚ TELJES ÉRTÉKŰ, GYÜMÖLCS ÍZÜ SPECIÁLIS	200 ml	590
- RESOURCE ENERGY 2,0 NAGY ENERGIA- ÉS ROSTTARTALMÚ TELJES ÉRTÉKŰ, SÁRGABARACK ÍZÜ SPECIÁLIS	200 ml	591
- RESOURCE ENERGY 2,0 NAGY ENERGIA- ÉS ROSTTARTALMÚ TELJES ÉRTÉKŰ, VANÍLIA ÍZÜ SPECIÁLIS	200 ml	592

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

EÜ70 14.

Támogatott indikációk:

- Kiterjedt ulcus cruris
- Krónikus sipoly
- Tracheostoma

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Bőrgyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Érsebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Fül-orr-gégegyógyászat	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermekebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	javasolhat és írhat
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	1x20 g	OGYI-T-03756/01
- CURIOSIN 2,05 MG/ML KÜLSŐLEGES OLDAT	1x10 ml	OGYI-T-04812/01
- FIBROLAN KENŐCS	1x50 g	OGYI-T-01403/01
- IALUGEN PLUS KRÉM	20 g	OGYI-T-05358/01
- IALUGEN PLUS KRÉM	60 g	OGYI-T-05358/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- BETAGEN 16 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-09498/01
- BETAGEN 24 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-09498/03
- BETAGEN 8 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-09497/02
- BETAHISTIN PLIVA 16 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-20555/03
- BETAHISTIN PLIVA 8 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-20555/02
- BETAHISTIN PLIVA 8 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-20555/01
- BETAHISTIN-RATIOPHARM 16 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-20131/02
- BETAHISTIN-RATIOPHARM 24 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-20789/01
- BETAHISTIN-RATIOPHARM 8 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-20131/01
- BETAREVIN 16 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-20371/02
- BETAREVIN 24 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-20371/03
- BETAREVIN 8 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-20371/01
- BETASERC 16 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-10004/05
- BETASERC 8 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-10004/04
- ELVEN 16 MG TABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20218/04
- ELVEN 8 MG TABLETTA	100x(buborékfóliában)	OGYI-T-20218/02
- EMPERIN 16 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-21087/02
- EMPERIN 24 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-21087/03
- EMPERIN 8 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-21087/01
- POLVERTIC 16 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-20493/04
- POLVERTIC 24 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-20493/10
- POLVERTIC 24 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-20493/08
- POLVERTIC 8 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-20493/02
- ZENOSTIG 16 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-20439/05
- ZENOSTIG 8 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-20439/03

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

EÜ70 16.**Támogatott indikációk:**

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermekneurológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
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
- BACLOFEN-POL 10 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01021/01
- BACLOFEN-POL 25 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01022/01
- LIORESAL 10 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-00842/01
- LIORESAL 25 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-00842/02
- MYDERISON 150 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20086/02
- MYDERISON 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20086/01
- MYDETON 150 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-03282/03
- MYDETON 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-03282/02
- SIRDALUD 4 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-05903/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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, immunihiányos 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
-----------	---------------	-------------

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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- PREVENAR SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x1 fecskendő tüvel	EU/1/00/167/006

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	Szülészet-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- FOSTIMON HP 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x	OGYI-T-06503/01
- FOSTIMON HP 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x	OGYI-T-06503/02
- GONAL-F 300 NE/0,5 ML (22 MIKROGRAMM/0,5 ML) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x0,5 ml előretöltött tollban+5 db tű	EU/1/95/001/033
- GONAL-F 450 NE/0,75 ML (33 MIKROGRAMM/0,75 ML) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1xelőretöltött toll+7 db tű	EU/1/95/001/034
- GONAL-F 75 NE (5,5 MIKROGRAMM) POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1xpor 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	1xelőretöltött toll+14 db tű	EU/1/95/001/035
- LUVERIS 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1xpor üvegben+1 oldószer tartalmazó injekciós üveg	EU/1/00/155/004
- MENOPUR 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10 porampulla+10 oldószerampulla	OGYI-T-08742/02
- MENOPUR 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	5 porampulla+5 oldószer ampulla	OGYI-T-08742/01
- MERIONAL 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x	OGYI-T-06505/01
- MERIONAL 75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x	OGYI-T-06505/02
- OVITRELLE 250 MIKROGRAMM/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5 ml előretöltött fecskendő	EU/1/00/165/007
- PERGOVERIS 150 NE/75 NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x(porampulla+oldószer ampulla)	EU/1/07/396/001
- PUREGON 300 NE/0,36 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1 patron + 7 tű toll nélkül	EU/1/96/008/038
- PUREGON 600 NE/0,72 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1 patron + 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- MENINGITEC SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x(tüvel)	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	1x0,5 ml	OGYI-T-08389/01

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

vált. **EÜ70 21.**

Támogatott indikációk:

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	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 kezdodo kódot): I2080

EÜ70 22.**Támogatott indikációk:**

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- NEPRO VANÍLIA ÍZESÍTÉSŰ	200 ml	889

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

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 (LDL célértékük 1,8mmol/l, össz.Ch.:3,5mmol/l)
- A III. terápiás konszenzus alapján nagy kardiovaszkuláris rizikó esetén, amennyiben képalkotó vizsgálattal kardiovaszkuláris, cerebrovaszkuláris, perifériás érbetegség igazolható, és egyéb sztatín-kezeléssel a célérték nem volt elérhető (LDL célérték: 2,5 mmol/l, össz.Ch. 4,5mmol/l)

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

Munkahely	Szakképzés	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	Kíszerelés	Törzskönyvi szám
- CRESTOR 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09574/01
- CRESTOR 20 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09574/04
- CRESTOR 40 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09574/07
- INEGY 10 MG/10 MG TABLETTA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20206/05
- INEGY 10 MG/20 MG TABLETTA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20206/20
- INEGY 10 MG/40 MG TABLETTA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20206/36
- ROSUVASTATIN TEVA 10 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21169/02
- ROSUVASTATIN TEVA 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21169/03
- ROSUVASTATIN TEVA 40 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21169/04
- XETER 10 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21173/04
- XETER 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21173/06
- XETER 40 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21173/08

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, teljes dózisú sztatín monoterápiával a célérték (LDL 1,8 mmol/l, össz. Chol. 3,5 mmol/l) nem volt elérhető, vagy amennyiben bizonyíthatóan sztatín intolerancia (CK emelkedés, egyértelműen sztatín terápiára visszavezethető szignifikáns májfunkció eltérés) áll fenn
- Bizonyítottan cerebrovaszkuláris eseményen (TIA, stroke) átesett beteg számára, igen nagy kardiovaszkuláris rizikó és hyperlipidaemia esetén, teljes dózisú sztatín monoterápiával a célérték (LDL 1,8 mmol/l, össz. Chol. 3,5 mmol/l) nem volt elérhető, vagy amennyiben bizonyíthatóan sztatín intolerancia (CK emelkedés, egyértelműen sztatín terápiára visszavezethető szignifikáns májfunkció eltérés) áll fenn
- Perifériás érbetegség miatt műtéten átesett beteg számára, igen nagy kardiovaszkuláris rizikó és hyperlipidaemia esetén, teljes dózisú sztatín monoterápiával a célérték (LDL 1,8 mmol/l, össz. Chol. 3,5 mmol/l) nem volt elérhető, vagy amennyiben bizonyíthatóan sztatín intolerancia (CK emelkedés, egyértelműen sztatín terápiára visszavezethető szignifikáns májfunkció eltérés) áll fenn

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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- EZETROL 10 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09055/01

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

EÜ90 1/f.

Támogatott indikációk:

- Hyperlipidaemiában, egyéb statinterápia mellett dokumentált mellékhatás - súlyos fokú myopathia, hepatotoxicitás, gyógyszerinterakció - esetén

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Belgyógyászat	írhat
Megkötés nélkül	Kardiológia	írhat
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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- NIKRON 10 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-09299/04
- NIKRON 20 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-09299/02
- NIKRON 40 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-09299/06

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

vált. EÜ90 2/a.

Támogatott indikációk:

- Inszulin kezelésben részesülő cukorbeteg részére ismétlődő eszméletvesztéssel járó hypoglycaemia esetén

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

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Endokrinológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla+1 ml (oldószer fecskendőben)	OGYI-T-04523/01

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

vált. 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 érvényessége 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CYMBALTA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	28x	EU/1/04/296/002
- GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x(buborékfóliában)	OGYI-T-20334/19
- GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x(buborékfóliában)	OGYI-T-20334/17
- GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x(buborékfóliában)	OGYI-T-20334/32
- GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x(buborékfóliában)	OGYI-T-20334/30
- GABAGAMMA 600 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20334/42
- GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-09070/02
- GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-09070/01
- GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-09071/02
- GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-09071/01
- GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x	OGYI-T-20874/14
- GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20874/03
- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x	OGYI-T-20874/17
- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20874/04
- GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA	120x	OGYI-T-20874/20
- GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA	60x	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

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- NEUROBA 300 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-20002/04
- NEUROBA 300 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-20002/05
- NEUROBA 400 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-20002/06
- NEUROBA 400 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-20002/07
- THIOGAMMA ORAL 600 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-06670/08
- THIOGAMMA ORAL 600 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-06670/09

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

EÜ90 3/a1.

Támogatott indikációk:

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

A javaslatot kiállító és a gyógyszerrel 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
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x	OGYI-T-08049/01
- BRICANYL TURBUHALER 0,5 MG/ADAG BELÉGZŐPOR	1x(200 adag)	OGYI-T-04167/01
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200 adag	OGYI-T-05752/01
- ECOSAL TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200 adag	OGYI-T-08400/01
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	200 adag	OGYI-T-07232/01

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

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
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	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- AEROX JET 200 MIKROGRAMM TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	200 adag	OGYI-T-10432/01
- AEROX 200 MIKROGRAMM TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	200 adag	OGYI-T-10431/01
- ALVESCO 160 MIKROGRAMM TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x60 adag	OGYI-T-09973/02
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x	OGYI-T-08049/01
- BRICANYL TURBUHALER 0,5 MG/ADAG BELÉGZŐPOR	1x(200 adag)	OGYI-T-04167/01
- BUDESONID EASYHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	200 adag+védőtök	OGYI-T-10492/01
- BUDESONID EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	200 adag+védőtök	OGYI-T-10492/04
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200 adag	OGYI-T-05752/01
- ECOSAL TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200 adag	OGYI-T-08400/01
- FLIXOTIDE DISKUS 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	60 adag	OGYI-T-05999/01
- FLIXOTIDE DISKUS 250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	60 adag	OGYI-T-05999/02
- FLIXOTIDE EVOHALER 125 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-07825/01
- FLIXOTIDE EVOHALER 250 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-07825/02
- MIFLONIDE 200 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x	OGYI-T-08674/01
- PULMICORT TURBUHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	200 adag	OGYI-T-04725/04
- PULMICORT 100 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-04725/02
- PULMICORT 200 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-04725/03
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	200 adag	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ACCOLATE 20 MG FILMTABLETTA	56x	OGYI-T-05562/02
- AEROX JET 200 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	200 adag	OGYI-T-10432/01
- AEROX 200 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	200 adag	OGYI-T-10431/01
- ALVESCO 160 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x60 adag	OGYI-T-09973/02
- ATIMOS 12 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	100 adag	OGYI-T-10307/01
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x	OGYI-T-08049/01
- BRICANYL TURBUHALER 0,5 MG/ADAG BELÉGZŐPOR	1x(200 adag)	OGYI-T-04167/01
- BUDESONID EASYHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	200 adag+védőtök	OGYI-T-10492/01
- BUDESONID EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	200 adag+védőtök	OGYI-T-10492/04
- BUDESONID EASYHALER 400 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	100 adag+védőtök	OGYI-T-10492/07
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200 adag	OGYI-T-05752/01
- ECOSAL TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x200 adag	OGYI-T-08400/01
- FLIXOTIDE DISKUS 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	60 adag	OGYI-T-05999/01
- FLIXOTIDE DISKUS 250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	60 adag	OGYI-T-05999/02
- FLIXOTIDE DISKUS 500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	60 adag	OGYI-T-05999/03
- FLIXOTIDE EVOHALER 125 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-07825/01
- FLIXOTIDE EVOHALER 250 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-07825/02
- FORADIL 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x	OGYI-T-04656/02
- FORMOTEROL EASYHALER 12 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	120 adag+védőtök	OGYI-T-10480/01
- FOSTER 100 MIKROGRAMM/6 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x120 adag	OGYI-T-20363/01
- FOSTER 100 MIKROGRAMM/6 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x180 adag	OGYI-T-20363/02

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- MIFLONIDE 200 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x	OGYI-T-08674/01
- MIFLONIDE 400 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x	OGYI-T-08674/03
- PULMICORT TURBUHALER 100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	200 adag	OGYI-T-04725/04
- PULMICORT 100 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-04725/02
- PULMICORT 200 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-04725/03
- SERETIDE DISKUS 50/100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-07626/01
- SERETIDE DISKUS 50/250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-07626/02
- SERETIDE DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-07626/03
- SERETIDE EVOHALER 25/125 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-08652/02
- SERETIDE EVOHALER 25/250 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-08652/03
- SERETIDE EVOHALER 25/50 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	1x120 adag	OGYI-T-08652/01
- SEREVENT DISKUS 50 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-05766/01
- SEREVENT EVOHALER 25 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	120 adag	OGYI-T-20251/01
- SINGULAIR 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-06680/01
- SYMBICORT FORTE TURBUHALER BELÉGZŐPOR	1x60 adag	OGYI-T-08492/05
- SYMBICORT MITE TURBUHALER INHALÁCIÓS POR	1x120 adag	OGYI-T-08492/02
- SYMBICORT MITE TURBUHALER INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-08492/01
- SYMBICORT TURBUHALER INHALÁCIÓS POR	1x120 adag	OGYI-T-08492/04
- SYMBICORT TURBUHALER INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-08492/03
- THOREUS DISKUS 50/100 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-09182/01
- THOREUS DISKUS 50/250 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-09182/02
- THOREUS DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-09182/03
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	200 adag	OGYI-T-07232/01

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

EÜ90 3/a4.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermecktüdőgyógyászat	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Allergológia és klinikai immunológia	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Gyermecktüdőgyógyászat	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
- ACCOLATE 20 MG FILMTABLETTA	56x	OGYI-T-05562/02
- SINGULAIR JUNIOR 5 MG RÁGÓTABLETTA	28x	OGYI-T-06681/01
- SINGULAIR MINI 4 MG RÁGÓTABLETTA	28x	OGYI-T-08596/03
- SINGULAIR 4 MG GRANULÁTUM	28x	OGYI-T-06680/02

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

EÜ90 3/b1.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	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
- ATROVENT N 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x	OGYI-T-08932/01
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x	OGYI-T-08049/01
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200 adag	OGYI-T-05752/01
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	200 adag	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, rendelhető 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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ATIMOS 12 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	100 adag	OGYI-T-10307/01
- ATROVENT N 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x	OGYI-T-08932/01
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x	OGYI-T-08049/01
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200 adag	OGYI-T-05752/01
- FORADIL 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x	OGYI-T-04656/02
- FORMOTEROL EASYHALER 12 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	120 adag+védőtök	OGYI-T-10480/01
- SEREVENT DISKUS 50 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-05766/01
- SEREVENT EVOHALER 25 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	120 adag	OGYI-T-20251/01
- SPIRIVA INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x	OGYI-T-08632/02
- SPIRIVA INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN+HANDI HALER	30x+handi haler	OGYI-T-08632/01
- SPIRIVA RESPIMAT 2,5 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS OLDAT	30 adag (60 befújás)	OGYI-T-08632/03
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	200 adag	OGYI-T-07232/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 gyógyszer 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ATIMOS 12 MIKROGRAMM TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	100 adag	OGYI-T-10307/01
- ATROVENT N 21 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNYOMÁSOS INHALÁCIÓS OLDAT	1x	OGYI-T-08932/01
- BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL	1x	OGYI-T-08049/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- BUVENTOL EASYHALER 200 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	1x200 adag	OGYI-T-05752/01
- FORADIL 12 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	60x	OGYI-T-04656/02
- FORMOTEROL EASYHALER 12 MIKROGRAMM/ADAG INHALÁCIÓS POR	120 adag+védőtök	OGYI-T-10480/01
- SERETIDE DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-07626/03
- SEREVENT DISKUS 50 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-05766/01
- SEREVENT EVOHALER 25 MIKROGRAMM/ADAG TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	120 adag	OGYI-T-20251/01
- SPIRIVA INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN	30x	OGYI-T-08632/02
- SPIRIVA INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN+HANDI HALER	30x+handi haler	OGYI-T-08632/01
- SPIRIVA RESPIMAT 2,5 MIKROGRAMM INHALÁCIÓS OLDAT	30 adag (60 befújás)	OGYI-T-08632/03
- SYMBICORT FORTE TURBUHALER BELÉGZŐPOR	1x60 adag	OGYI-T-08492/05
- SYMBICORT TURBUHALER INHALÁCIÓS POR	1x120 adag	OGYI-T-08492/04
- SYMBICORT TURBUHALER INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-08492/03
- THOREUS DISKUS 50/500 MIKROGRAMM/ADAG ADAGOLT INHALÁCIÓS POR	1x60 adag	OGYI-T-09182/03
- VENTOLIN EVOHALER TÚLNOMÁSOS INHALÁCIÓS SZUSZPENZIÓ	200 adag	OGYI-T-07232/01

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

EÜ90 4/a.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CLEXANE 2000 NE/0,2 ML (20 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x	OGYI-T-04097/02
- CLEXANE 2000 NE/0,2 ML (20 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x	OGYI-T-04097/01
- FRAGMIN 2500 NE/ML INJEKCIÓ	10x4 ml	OGYI-T-04428/01
- FRAGMIN 2500 NE/0,2 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	10x0,2 ml	OGYI-T-04430/01
- FRAXIPARINE 1900 NE 0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,2 ml	OGYI-T-06770/01
- FRAXIPARINE 2850 NE 0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,3 ml	OGYI-T-06770/02

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- FRAXIPARINE 3800 NE 0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,4 ml	OGYI-T-06770/03
- ZIBOR 2500 NE ANTI XA/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x	OGYI-T-20071/02

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

EÜ90 4/b.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Idegsebészet	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sebészet	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szülészet-nőgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Urológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x	OGYI-T-04097/04
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x	OGYI-T-04097/03
- FRAGMIN 5000 NE/0,2 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	10x0,2 ml	OGYI-T-04431/01
- FRAXIPARINE 3800 NE 0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,4 ml	OGYI-T-06770/03
- FRAXIPARINE 5700 NE 0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6 ml	OGYI-T-06770/04
- ZIBOR 3500 NE ANTI XA/0,2 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x	OGYI-T-20071/05

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

EÜ90 4/c.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Belgyógyászat	javasolhat és írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Haematológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x	OGYI-T-04097/04
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x	OGYI-T-04097/03
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x0,6 ml	OGYI-T-04097/06
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x0,6 ml	OGYI-T-04097/05
- FRAGMIN 5000 NE/0,2 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	10x0,2 ml	OGYI-T-04431/01
- FRAXIPARINE 2850 NE 0,3 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,3 ml	OGYI-T-06770/02
- FRAXIPARINE 3800 NE 0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,4 ml	OGYI-T-06770/03
- FRAXIPARINE 5700 NE 0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6 ml	OGYI-T-06770/04

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

EÜ90 4/d.

Támogatott indikációk:

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

A javaslatot kiállító és a 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
- CLEXANE 10000 NE/1,0 ML (100 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x1 ml	OGYI-T-04097/09
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x	OGYI-T-04097/04
- CLEXANE 4000 NE/0,4 ML (40 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x	OGYI-T-04097/03

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x0,6 ml	OGYI-T-04097/06
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x0,6 ml	OGYI-T-04097/05
- CLEXANE 8000 NE/0,8 ML (80 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x0,8 ml	OGYI-T-04097/08
- CLEXANE 8000 NE/0,8 ML (80 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x0,8 ml	OGYI-T-04097/07
- FRAGMIN 10.000 NE/ML INJEKCIÓ	10x1 ml	OGYI-T-04429/01
- FRAGMIN 10.000 NE/ML TÖBBADAGOS INJEKCIÓ	1x10 ml	OGYI-T-04432/01
- FRAGMIN 10.000 NE/0,4 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	5x0,4 ml	OGYI-T-07549/01
- FRAGMIN 12.500 NE/0,5 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	5x0,5 ml	OGYI-T-07550/01
- FRAGMIN 15.000 NE/0,6 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	5x0,6 ml	OGYI-T-07551/01
- FRAGMIN 18.000 NE/0,72 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	5x0,72 ml	OGYI-T-07552/01
- FRAGMIN 7500 NE/0,3 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	10x0,3 ml	OGYI-T-07548/01
- FRAXIPARINE 3800 NE 0,4 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,4 ml	OGYI-T-06770/03
- FRAXIPARINE 5700 NE 0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6 ml	OGYI-T-06770/04
- FRAXIPARINE 7600 NE 0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,8 ml	OGYI-T-06770/05
- FRAXIPARINE 9500 NE 1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1,0 ml	OGYI-T-06770/06

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

EÜ90 4/e.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- CLEXANE FORTE 120 MG/0,8 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	10x	OGYI-T-07731/02
- CLEXANE FORTE 150 MG/1,0 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	10x	OGYI-T-07732/02
- CLEXANE 10000 NE/1,0 ML (100 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x1 ml	OGYI-T-04097/09
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x0,6 ml	OGYI-T-04097/06
- CLEXANE 6000 NE/0,6 ML (60 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x0,6 ml	OGYI-T-04097/05
- CLEXANE 8000 NE/0,8 ML (80 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	10x0,8 ml	OGYI-T-04097/08
- CLEXANE 8000 NE/0,8 ML (80 MG) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	2x0,8 ml	OGYI-T-04097/07
- FRAGMIN 10.000 NE/ML INJEKCIÓ	10x1 ml	OGYI-T-04429/01
- FRAGMIN 10.000 NE/ML TÖBBADAGOS INJEKCIÓ	1x10 ml	OGYI-T-04432/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- FRAGMIN 10.000 NE/0,4 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	5x0,4 ml	OGYI-T-07549/01
- FRAGMIN 12.500 NE/0,5 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	5x0,5 ml	OGYI-T-07550/01
- FRAGMIN 15.000 NE/0,6 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	5x0,6 ml	OGYI-T-07551/01
- FRAGMIN 18.000 NE/0,72 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	5x0,72 ml	OGYI-T-07552/01
- FRAGMIN 7500 NE/0,3 ML INJEKCIÓ FECSKENDŐBEN	10x0,3 ml	OGYI-T-07548/01
- FRAXIPARINE 5700 NE 0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6 ml	OGYI-T-06770/04
- FRAXIPARINE 7600 NE 0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,8 ml	OGYI-T-06770/05
- FRAXIPARINE 9500 NE 1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1,0 ml	OGYI-T-06770/06
- FRAXODI 11400 NE/0,6 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,6 ml	OGYI-T-08015/02
- FRAXODI 15200 NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x0,8 ml	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 kezdodo kódot): I269, I8210

vált. EÜ90 4/f.

Támogatott indikációk:

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

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

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

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

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

EÜ90 5/a1.

Támogatott indikációk:

- Epilepszia

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

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

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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CLONAZEPAM TC 0,5 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08405/01
- CLONAZEPAM TC 2 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08406/01
- CONVULEX 150 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-01112/02
- CONVULEX 500 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-01522/02
- CONVULEX 500 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-08894/01
- DEPAKINE CHRONO 300 MG FILMTABLETTA	2x50	OGYI-T-05527/03
- DEPAKINE CHRONO 500 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05527/04
- FRISIUM 10 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01955/01
- NEUROTOP 300 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-01479/01
- ORFIRIL 300 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	100x műanyag tartályban	OGYI-T-02263/02
- ORFIRIL 300 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	50x üvegben	OGYI-T-02263/01
- ORFIRIL 300 MG RETARD TABLETTA	100xműanyag tartályban	OGYI-T-02263/05
- ORFIRIL 300 MG RETARD TABLETTA	50xüvegben	OGYI-T-02263/04
- ORFIRIL 600 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	50x	OGYI-T-02263/03
- RIVOTRIL 0,5 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01358/01
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01358/03
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-01358/02
- SERTAN TABLETTA	50x	OGYI-T-03183/01
- SEVENAL 100 MG TABLETTA	10x	OGYI-T-11165/01
- SEVENALETTA TABLETTA	30x	OGYI-T-11167/01
- TEGRETOL CR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	5x10	OGYI-T-05833/01
- TEGRETOL CR 400 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	3x10	OGYI-T-05833/02
- TIMONIL 150 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-04117/01
- TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA	100x	OGYI-T-04118/02
- TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-04118/01

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	Gyermekneurológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat

A javaslatot kiállító és a gyógyszerrel 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
- EPITRIGINE 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-10389/01
- EPITRIGINE 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10385/01
- EPITRIGINE 200 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10386/01
- EPITRIGINE 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-10387/01
- EPITRIGINE 25 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10383/01
- EPITRIGINE 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-10388/01
- EPITRIGINE 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10384/01
- GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x(buborékfóliában)	OGYI-T-20334/19
- GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x(buborékfóliában)	OGYI-T-20334/17
- GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x(buborékfóliában)	OGYI-T-20334/32
- GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x(buborékfóliában)	OGYI-T-20334/30
- GABAGAMMA 600 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20334/42
- GEROLAMIC 100 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (aclar/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-20566/21
- GEROLAMIC 200 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (aclar/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-20566/27
- GEROLAMIC 25 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (aclar/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-20566/09
- GEROLAMIC 50 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (aclar/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-20566/15
- GORDIUS 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-09069/02
- GORDIUS 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-09069/01
- GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-09070/02
- GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-09070/01
- GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-09071/02
- GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-09071/01
- GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x	OGYI-T-20874/14
- GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20874/03
- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x	OGYI-T-20874/17
- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20874/04
- GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA	120x	OGYI-T-20874/20
- GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20874/06
- LAMICTAL 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-04094/07
- LAMICTAL 200 MG DISZPERGÁLÓDÓ/RÁGÓTABLETTA	30x	OGYI-T-04094/13
- LAMICTAL 25 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-04094/02
- LAMICTAL 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-04094/05
- LAMITRIN 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08807/01
- LAMITRIN 25 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08805/01
- LAMITRIN 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08806/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- LAMOLEP 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09333/03
- LAMOLEP 200 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09333/04
- LAMOLEP 25 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09333/01
- LAMOLEP 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09333/02
- LAMOTRIGIN ORION 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20380/03
- LAMOTRIGIN ORION 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20380/01
- LAMOTRIGIN ORION 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20380/02
- LAMOTRIGIN-GENERICS (UK) 100 MG TABLETTA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20317/05
- LAMOTRIGIN-GENERICS (UK) 50 MG TABLETTA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20317/03
- LAMOTRIGIN-RATIOPHARM 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20157/03
- LAMOTRIGIN-RATIOPHARM 25 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20157/01
- LAMOTRIGIN-RATIOPHARM 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20157/02
- NEUROBA 300 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-20002/04
- NEUROBA 300 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-20002/05
- NEUROBA 400 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-20002/06
- NEUROBA 400 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-20002/07
- NEURONTIN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-04966/02
- NEURONTIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-04966/04
- NEURONTIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-04966/03
- NEURONTIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-04966/06
- NEURONTIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-04966/05
- PLEXXO 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08909/11
- PLEXXO 25 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08909/01
- PLEXXO 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08909/06
- SABRIL 500 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-02330/01
- TRILEPTAL 300 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-06308/01
- TRILEPTAL 600 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-06308/03

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

EÜ90 5/a3.

Támogatott indikációk:

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

A javaslatot kiállító és a gyógyszerert 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- EPILANIA 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20807/09

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- EPILANIA 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20807/12
- EPILANIA 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20807/03
- EPILANIA 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20807/06
- ETOPRO 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20648/06
- ETOPRO 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20648/08
- ETOPRO 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20648/02
- ETOPRO 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20648/04
- KEPPRA 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x300 ml	EU/1/00/146/027
- KEPPRA 250 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/00/146/005
- KEPPRA 500 MG FILMTABLETTA	120x	EU/1/00/146/012
- TALOPAM 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/03
- TALOPAM 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/04
- TALOPAM 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/02
- TOPAMAX 100 MG FILMTABLETTA	60x(pa/al/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-06268/08
- TOPAMAX 200 MG FILMTABLETTA	60x(pa/al/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-06268/10
- TOPAMAX 25 MG FILMTABLETTA	60x(pa/al/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-06268/04
- TOPAMAX 50 MG FILMTABLETTA	60x(pa/al/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-06268/06
- TOPEPSIL 100 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/pvdc buborékfóliában)	OGYI-T-20604/04
- TOPEPSIL 200 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/pvdc buborékfóliában)	OGYI-T-20604/08
- TOPEPSIL 25 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/pvdc//al buborékcsomagolásban)	OGYI-T-20604/10
- TOPEPSIL 50 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/pvdc//al buborékcsomagolásban)	OGYI-T-20604/12
- TOPILEX 100 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20689/11
- TOPILEX 25 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20689/03
- TOPILEX 50 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20689/07
- TOPIRAMAT GALEX 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20703/06
- TOPIRAMAT GALEX 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20703/08
- TOPIRAMAT GALEX 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20703/02
- TOPIRAMAT GALEX 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20703/04
- TOPIRAMAT ORION 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20876/03
- TOPIRAMAT ORION 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20876/04
- TOPIRAMAT ORION 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20876/01
- TOPIRAMAT ORION 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20876/02
- TOPIRAMAT-TEVA 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20625/03
- TOPIRAMAT-TEVA 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20625/04
- TOPIRAMAT-TEVA 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20625/01
- TOPIRAMAT-TEVA 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20625/02
- 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	Gyermekneurológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Neurológia	írhat

Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- EPILANIA 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20807/09
- EPILANIA 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20807/12
- EPILANIA 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20807/03
- EPILANIA 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20807/06
- ETOPRO 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20648/06
- ETOPRO 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20648/08
- ETOPRO 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20648/02
- ETOPRO 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20648/04
- TALOPAM 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/03
- TALOPAM 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/04
- TALOPAM 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20738/02
- TOPAMAX 100 MG FILMTABLETTA	60x(pa/al/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-06268/08
- TOPAMAX 200 MG FILMTABLETTA	60x(pa/al/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-06268/10
- TOPAMAX 25 MG FILMTABLETTA	60x(pa/al/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-06268/04
- TOPAMAX 50 MG FILMTABLETTA	60x(pa/al/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-06268/06
- TOPEPSIL 100 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/pvdc buborékfóliában)	OGYI-T-20604/04
- TOPEPSIL 200 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/pvdc buborékfóliában)	OGYI-T-20604/08
- TOPEPSIL 25 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/pvdc//al buborécsomagolásban)	OGYI-T-20604/10
- TOPEPSIL 50 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/pvdc//al buborécsomagolásban)	OGYI-T-20604/12
- TOPILEX 100 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20689/11
- TOPILEX 25 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20689/03
- TOPILEX 50 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20689/07
- TOPIRAMAT GALEX 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20703/06
- TOPIRAMAT GALEX 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20703/08
- TOPIRAMAT GALEX 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20703/02
- TOPIRAMAT GALEX 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20703/04
- TOPIRAMAT ORION 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20876/03
- TOPIRAMAT ORION 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20876/04
- TOPIRAMAT ORION 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20876/01

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- TOPIRAMAT ORION 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20876/02
- TOPIRAMAT-TEVA 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20625/03
- TOPIRAMAT-TEVA 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20625/04
- TOPIRAMAT-TEVA 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20625/01
- TOPIRAMAT-TEVA 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20625/02

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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

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

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- INOVELON 200 MG FILMTABLETTA	50x	EU/1/06/378/008
- INOVELON 400 MG FILMTABLETTA	50x	EU/1/06/378/013
- TALOXA 120 MG/ML SZUSZPENZIÓ	230 ml	OGYI-T-05131/01
- TALOXA 400 MG TABLETTA	40x	OGYI-T-05129/01
- TALOXA 600 MG TABLETTA	40x	OGYI-T-05130/01

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

vált. EÜ90 6/a.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- AKINETON INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-04260/01
- AKINETON TABLETTA	50x	OGYI-T-00330/01
- JUMEX 10 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-05342/01

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- JUMEX 5 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-03573/01
- KEMADRIN 5 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-00516/01
- MADOPAR 100 MG/25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	100x	OGYI-T-01157/02
- MADOPAR 100 MG/25 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-01157/03
- MADOPAR 200 MG/50 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01157/01
- PK-MERZ FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-02205/01
- SELEGILINE MYLAN 10 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-07495/01
- SELEGILINE MYLAN 5 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-07494/01
- SINEMET CR 200 MG/50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-02149/01
- TREMARIL 5 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-00644/01
- VIREGYT 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-03447/01

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

vált. 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 szakképzésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Neurológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- AROPILO 0,5 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20796/05
- AROPILO 1 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20796/07
- AROPILO 2 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20796/10
- AROPILO 5 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20796/13
- AZILECT 1 MG TABLETTA	30x(bliszter)	EU/1/04/304/004
- MIRAPEXIN 0,088 MG TABLETTA	30x	EU/1/97/051/001
- MIRAPEXIN 0,18 MG TABLETTA	30x	EU/1/97/051/003
új - MIRAPEXIN 0,26 MG RETARD TABLETTA	30x	EU/1/97/051/014
új - 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
új - MIRAPEXIN 2,1 MG RETARD TABLETTA	30x	EU/1/97/051/023
- OPRYMEA 0,088 MG TABLETTA	30x	EU/1/08/469/002
- OPRYMEA 0,18 MG TABLETTA	30x	EU/1/08/469/007
- OPRYMEA 0,7 MG TABLETTA	30x	EU/1/08/469/017
- PRAMIPEXOLE ORION 0,088 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-21005/01
- PRAMIPEXOLE ORION 0,18 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-21005/02
- PRAMIPEXOLE ORION 0,7 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-21005/04

	Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
	- PRAMIPEXOLE TEVA 0,088 MG TABLETTA	30x(al/al buborékfólia)	EU/1/08/490/001
	- PRAMIPEXOLE TEVA 0,18 MG TABLETTA	30x(al/al buborékfólia)	EU/1/08/490/005
	- PRAMIPEXOLE TEVA 0,7 MG TABLETTA	30x(al/al buborékfólia)	EU/1/08/490/013
	- PRAMITENORM 0,088 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-21143/02
	- PRAMITENORM 0,18 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-21143/04
	- PRAMITENORM 0,7 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-21143/06
	- EQUIP 0,5 MG FILMTABLETTA	84x(hdpe tartály)	OGYI-T-06200/13
új	- EQUIP 0,5 MG FILMTABLETTA	84x(pvc/aclar/pvc//al buborékfólia)	OGYI-T-06200/12
	- EQUIP 1 MG FILMTABLETTA	21x(pvc/aclar polichlorotrifluoroethylene/ /al bliszter)	OGYI-T-06200/14
új	- EQUIP 1 MG FILMTABLETTA	21x(pvc/aclar/pvc//al bliszter)	OGYI-T-06200/15
	- EQUIP 2 MG FILMTABLETTA	21x(pvc/aclar polichlorotrifluoroethylene/ /al bliszter)	OGYI-T-06200/16
új	- EQUIP 2 MG FILMTABLETTA	21x(pvc/aclar/pvc//al bliszter)	OGYI-T-06200/17
	- EQUIP 5 MG FILMTABLETTA	21x(pvc/aclar polichlorotrifluoroethylene/ /al bliszter)	OGYI-T-06200/18
új	- EQUIP 5 MG FILMTABLETTA	21x(pvc/aclar/pvc//al bliszter)	OGYI-T-06200/19
	- EQUIP-MODUTAB 2 MG RETARD FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-06200/03
	- EQUIP-MODUTAB 4 MG RETARD FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-06200/05
	- EQUIP-MODUTAB 8 MG RETARD FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-06200/06
	- ROMYL 0,5 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20697/05
	- ROMYL 1 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20697/07
	- ROMYL 2 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20697/10
	- ROMYL 5 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20697/13
	- ROPIDOPIN 0,5 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20804/05
	- ROPIDOPIN 1 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20804/09
	- ROPIDOPIN 2 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20804/13
	- ROPIDOPIN 5 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20804/17
	- ROPINIROL ORION 1 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20686/05
	- ROPINIROL ORION 2 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20686/07
	- ROPINIROL ORION 5 MG FILMTABLETTA	21x	OGYI-T-20686/09

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

vált. 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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	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
- COMTAN 200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/98/081/003
- COMTAN 200 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/98/081/001
- COMTAN 200 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/98/081/002
- STALEVO 100 MG/25 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/007
- STALEVO 125 MG/31,25 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/031
- STALEVO 150 MG/37,5 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/011
- STALEVO 200 MG/50 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/021
- STALEVO 50 MG/12,5 MG/200 MG FILMTABLETTA	100x	EU/1/03/260/003
- STALEVO 50 MG/12,5 MG/200 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/03/260/002

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

vált. 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	Gyermek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Gyermek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat
Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.		
Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ANAFRANIL SR 75 MG RETARD TABLETTA	20x	OGYI-T-02241/01
- ANAFRANIL 25 MG BEVONT TABLETTA	30x	OGYI-T-02241/03
- ANAFRANIL 25 MG/2 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x2 ml	OGYI-T-02241/04
- APODEPI 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09054/01
- APO-FLUOXETIN 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x(bliszterben)	OGYI-T-05537/04
- ASENTRA 100 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09212/02
- ASENTRA 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09212/01
- AURORIX 150 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-01809/02
- AURORIX 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-05936/01
- CAMIDLIN 100 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20059/02
- CAMIDLIN 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20059/01
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/01

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/02
- CITAGEN 10 MG FILMTABLETTA	30x(bliszter)	OGYI-T-09357/01
- CITAGEN 20 MG FILMTABLETTA	30x(bliszter)	OGYI-T-09358/01
- CITALODEP 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20085/01
- CITALODEP 40 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20085/02
- CITALOPRAM ORION 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20342/01
- CITALOPRAM ORION 20 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20342/02
- CITALOPRAM ORION 40 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20342/03
- CITALOPRAM-RATIOPHARM 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09474/01
- CITALOPRAM-ZENTIVA 20 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-10046/01
- CITALOPRAM-ZENTIVA 40 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-10047/01
- CITAPRAM 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-08976/01
- CITAPRAM 30 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-08976/02
- CITAPRAM 40 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-08976/03
- CITAPRAM 60 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-08976/04
- CLONAZEPAM TC 0,5 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08405/01
- CLONAZEPAM TC 2 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08406/01
- DALSAN 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09985/01
- DALSAN 20 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09986/01
- DALSAN 40 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09987/01
- FEVARIN 100 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-01422/01
- FEVARIN 50 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-01421/01
- FLOXET BELSŐLEGES OLDAT	1x70 ml	OGYI-T-07850/01
- FLOXET 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	14x	OGYI-T-05184/01
- FLOXET 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-05184/02
- FLUOXETIN SANDOZ 20 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20264/02
- FLUOXETIN-ZENTIVA 20 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-06826/03
- FRISIUM 10 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01955/01
- FRONTIN 0,25 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-05967/02
- FRONTIN 0,5 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-05968/02
- FRONTIN 0,5 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-05968/01
- FRONTIN 1 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-05969/02
- FRONTIN 1 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-05969/01
- FRONTIN 1 MG TABLETTA	6x15	OGYI-T-05969/03
- HELEX SR 0,5 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-20462/01
- HELEX SR 1 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-20462/02
- HELEX SR 2 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-20462/03
- LUDIOMIL 10 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01256/03
- LUDIOMIL 25 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-01256/02
- LUDIOMIL 75 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-01256/01
- MAOREX 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-08846/02
- MELIPRAMIN INJEKCIÓ	10x2 ml	OGYI-T-03217/01
- MELIPRAMIN 25 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-09017/01

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- MOCRIM 150 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-10519/04
- MOCRIM 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10519/02
- PARETIN 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-08867/01
- PARETIN 40 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-08867/03
- PAROGEN 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-08795/01
- PAROXAT 20 MG FILMTABLETTA	30x(pvc/al átlátszatlan bliszter)	OGYI-T-08263/01
- PAROXETIN-RATIOPHARM 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-08794/01
- PORTAL 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-06475/02
- PROZAC 20 MG/5 ML BELSŐLEGES OLDAT	1x70 ml	OGYI-T-05012/01
- REXETIN 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-07931/01
- REXETIN 30 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-07931/02
- RIVOTRIL 0,5 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01358/01
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01358/03
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-01358/02
- SERLIFT 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-08682/01
- SEROTOR 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-08622/03
- SEROTOR 20 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-08623/03
- SEROTOR 40 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-08624/03
- SERTADEPI 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10350/01
- SERTAGEN 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10034/01
- SERTRALIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09374/02
- SERTRALIN SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09374/01
- SERTRALIN-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10321/01
- SERTRALIN-ZENTIVA 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-10177/01
- SETALOFT 100 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20222/02
- SETALOFT 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20222/01
- STIMULOTON 100 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09326/02
- STIMULOTON 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-07885/01
- TEPERIN FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-03398/01
- XANAX SR 0,5 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-04617/01
- XANAX SR 1 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-04618/01
- XANAX SR 2 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-04619/01
- XANAX 0,25 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01426/02
- XANAX 0,5 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01427/02
- XANAX 1 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-01838/01
- XETANOR 20 MG FILMTABLETTA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20436/01
- ZOLOFT 20 MG/ML KONCENTRÁTUM BELSŐLEGES OLDATHOZ	1x60ml	OGYI-T-04342/02
- ZYLORAM 20 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09052/07
- ZYLORAM 40 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-09052/03

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

vált. 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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ARIXEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-20801/06
- ARIXEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	56x	OGYI-T-20801/07
- ARIXEN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-20801/03
- ARIXEN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	56x	OGYI-T-20801/04
- CIPRALEX 10 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-08634/01
- COAXIL 12,5 MG BEVONT TABLETTA	30x	OGYI-T-04858/01
- COAXIL 12,5 MG BEVONT TABLETTA	90x	OGYI-T-04858/02
- ELONTRIL 150 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	30x	OGYI-T-20351/01
- ELONTRIL 300 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	30x	OGYI-T-20351/02
- FALVEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20411/29
- FALVEN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20411/17
- FAXIPROL 150 MG RETARD TABLETTA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20519/22
- FAXIPROL 37,5 MG RETARD TABLETTA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20519/02
- FAXIPROL 75 MG RETARD TABLETTA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20519/12
- FOBIVEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-20570/05
- FOBIVEN 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-20570/01
- FOBIVEN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-20570/03
- JARVIS 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20449/03
- JARVIS 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20449/02
- MIAGEN 10 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-06217/01
- MIAGEN 30 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-06218/01
- MIAGEN 60 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-06219/01
- NOPEKAR 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-20653/03
- NOPEKAR 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-20653/02
- OLWEXYA 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20205/29
- OLWEXYA 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20205/05
- OLWEXYA 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x(buborékfóliában)	OGYI-T-20205/17
- TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-01117/01
- TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01117/02
- TOLVON 60 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-02377/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- TRITTICO AC 150 MG RETARD TABLETTA	20x (alternatív:1x20 vagy 2x10)	OGYI-T-08570/01
- TRITTICO AC 150 MG RETARD TABLETTA	60x (alternatív:3x20 vagy 6x10)	OGYI-T-08570/02
- VELAXIN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-09736/07
- VELAXIN 37,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-09736/03
- VELAXIN 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09735/01
- VELAXIN 50 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-09735/02
- VELAXIN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-09736/05
- VELAXIN 75 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-09736/01
új - VENLAFAXIN ORION 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-21193/05
új - VENLAFAXIN ORION 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-21193/03
- VENLAFAXIN SANDOZ 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-20567/05
- VENLAFAXIN SANDOZ 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-20567/03
- VENLAGAMMA 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-21003/26
- VENLAGAMMA 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-21003/16
- VENLAXGEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28xbuborékcsomagolás	OGYI-T-21094/67
új - VENLAXGEN 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30xbuborékcsomagolás	OGYI-T-21094/69
- VENLAXGEN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28xbuborékcsomagolás	OGYI-T-21094/39
új - VENLAXGEN 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	30xbuborékcsomagolás	OGYI-T-21094/41
- VENTADEPRESS 150 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-21031/05
- VENTADEPRESS 75 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-21031/01
- WELLBUTRIN SR 150 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-07363/01

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

vált. EÜ90 7/a3.

Támogatott indikációk:

- Hangulatzavarok, neurotikus, stresszhez társuló és szomatiform rendellenességek, valamint bulimia nervosa diagnózisa esetén, a 7/a1. és 7/a2. pontokban 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 gyógyszerert 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	Kiszereles	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	OGYI-T-06922/01
- MIRTADEPI 30 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10476/01

Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- MIRTADEPI 45 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10477/01
- MIRTAZAPIN ORION 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20309/01
- MIRTAZAPIN ORION 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20309/02
- MIRTAZAPIN ORION 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20309/03
- MIRTAZAPIN SANDOZ 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20584/04
- MIRTAZAPIN SANDOZ 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20584/06
- MIRTAZAPINE BLUEFISH 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20991/02
- MIRTAZAPINE BLUEFISH 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20991/03
- MIRTEL 30 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10609/02
- MIRTEL 45 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10610/02
- MIRZATEN Q-TAB 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-09392/05
- MIRZATEN Q-TAB 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-09392/08
- MIRZATEN Q-TAB 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-09392/11
- MIRZATEN 15 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09392/01
- MIRZATEN 30 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09392/02
- MIRZATEN 45 MG FILMTABLETTA	30x	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	OGYI-T-09779/01
- MIZAPIN 30 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09779/17
- MIZAPIN 45 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09779/18
- REMERON 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-06022/04
- REMERON 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-06022/05
- VALDOXAN 25 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/08/499/003
- YAROCEN 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (al/al leválasztható takarófoliájú buborékfólia)	OGYI-T-20595/02
- YAROCEN 30 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (al/al leválasztható takarófoliájú buborékfólia)	OGYI-T-20595/04
- YAROCEN 45 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (al/al leválasztható takarófoliájú buborékfólia)	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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképzésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- LITICARB 500 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-04954/01

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

EÜ90 7/b2.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Pszichiátria	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat
Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.		
Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- NEUROTOP 200 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01863/01
- NEUROTOP 300 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-01479/01
- NEUROTOP 600 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-01480/01
- TEGRETOL CR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	5x10	OGYI-T-05833/01
- TEGRETOL CR 400 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	3x10	OGYI-T-05833/02
- TEGRETOL 100 MG/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	100 ml	OGYI-T-05833/04
- TIMONIL 150 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-04117/01
- TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA	100x	OGYI-T-04118/02
- TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-04118/01

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

EÜ90 7/b3.

Támogatott indikációk:

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

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

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

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
- CONVULEX 300 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-01113/02
- CONVULEX 500 MG RETARD FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-08894/01
- DEPAKINE CHRONO 300 MG FILMTABLETTA	2x50	OGYI-T-05527/03
- DEPAKINE CHRONO 500 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05527/04
- EPITRIGINE 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-10389/01
- EPITRIGINE 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10385/01
- EPITRIGINE 200 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10386/01
- EPITRIGINE 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-10387/01
- EPITRIGINE 25 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10383/01
- EPITRIGINE 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-10388/01
- EPITRIGINE 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10384/01
- GEROLAMIC 100 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (aclar/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-20566/21
- GEROLAMIC 200 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (aclar/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-20566/27
- GEROLAMIC 25 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (aclar/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-20566/09
- GEROLAMIC 50 MG RÁGÓTABLETTA/DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x (aclar/pvc//al buborékfóliában)	OGYI-T-20566/15
- LAMITRIN 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08807/01
- LAMITRIN 25 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08805/01
- LAMITRIN 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08806/01
- LAMOLEP 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09333/03
- LAMOLEP 200 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09333/04
- LAMOLEP 25 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09333/01
- LAMOLEP 50 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-09333/02
- LAMOTRIGIN ORION 100 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20380/03
- LAMOTRIGIN ORION 25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20380/01
- LAMOTRIGIN ORION 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-20380/02

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

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
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ANAFRANIL SR 75 MG RETARD TABLETTA	20x	OGYI-T-02241/01
- ANAFRANIL 25 MG BEVONT TABLETTA	30x	OGYI-T-02241/03
- ANAFRANIL 25 MG/2 ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x2 ml	OGYI-T-02241/04
- CLONAZEPAM TC 0,5 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08405/01
- CLONAZEPAM TC 2 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08406/01
- NEUROTOP 200 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01863/01
- NEUROTOP 300 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-01479/01
- NEUROTOP 600 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-01480/01
- RIVOTRIL 0,5 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01358/01
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01358/03
- RIVOTRIL 2 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-01358/02
- TEGRETOL CR 200 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	5x10	OGYI-T-05833/01
- TEGRETOL CR 400 MG MÓDOSÍTOTT HATÓANYAGLEADÁSÚ TABLETTA	3x10	OGYI-T-05833/02
- TEGRETOL 100 MG/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	100 ml	OGYI-T-05833/04
- TEPERIN FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-03398/01
- TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-01117/01
- TIAPRIDAL 100 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01117/02
- TIMONIL 150 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-04117/01
- TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA	100x	OGYI-T-04118/02
- TIMONIL 300 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-04118/01

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

EÜ90 10.

Támogatott indikációk:

- Primer biliaris cirrhosis
- Primer sclerotizáló cholangitis
- Közvetlen epekőzúzás előtt és sikeres epekőzúzás után
- Terhességi cholestasis esetén a harmadik trimeszterben

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	Gyermek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

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

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): K743, K830

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	Gyermek gasztroenterológia	írhat
Megkötés nélkül	Reumatológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- SALAZOPYRIN EN 500 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	100x	OGYI-T-00586/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 gyógyszer rendelő orvos munkahelyére és szakképzésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gastroenterológia	írhat
Megkötés nélkül	Gyermek gasztroenterológia	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- BUDENOFALK 2 MG VÉGBÉLHAB	1x14 adag	OGYI-T-08898/02
- BUDENOFALK 3 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-08898/01
- ENTOCORT 2 MG VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ	7xtabletta+7xoldószer+7xk ézvédő műanyag tasak	OGYI-T-05763/01
- ENTOCORT 3 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-05763/02
- PENTASA 1 G VÉGBÉLKÚP	28x	OGYI-T-04799/01
- PENTASA 1 G VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ	7x	OGYI-T-07596/01
- PENTASA 2 G RETARD GRANULÁTUM	60x	OGYI-T-10497/01
- PENTASA 500 MG RETARD TABLETTA	100x	OGYI-T-04798/01
- SALOFALK 2 G/30 ML VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ	7x30 ml	OGYI-T-01610/02
- SALOFALK 250 MG BÉLBEN OLDÓDÓ TABLETTA	100x	OGYI-T-01612/01
- SALOFALK 250 MG VÉGBÉLKÚP	30x	OGYI-T-01611/01
- SALOFALK 4 G VÉGBÉLSZUSZPENZIÓ	7x60 ml	OGYI-T-01610/01
- SALOFALK 500 MG BÉLBEN OLDÓDÓ TABLETTA	100x	OGYI-T-02325/01
- SALOFALK 500 MG VÉGBÉLKÚP	30x	OGYI-T-02326/01
- XALAZIN 250 MG BÉLBEN OLDÓDÓ TABLETTA	100x	OGYI-T-09201/01
- XALAZIN 250 MG VÉGBÉLKÚP	30x	OGYI-T-09203/01
- XALAZIN 500 MG BÉLBEN OLDÓDÓ TABLETTA	100x	OGYI-T-09202/01
- XALAZIN 500 MG VÉGBÉLKÚP	30x	OGYI-T-09204/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 gyógyszerrel 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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ACICLOVIR AL 200 TABLETTA	25x	OGYI-T-07479/01
- ACICLOVIR AL 200 TABLETTA	50x	OGYI-T-07479/02
- ACICLOVIR AL 400 TABLETTA	25x	OGYI-T-07480/01
- ACICLOVIR AL 400 TABLETTA	50x	OGYI-T-07480/02
- DERMYC 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x	OGYI-T-09322/05
- DERMYC 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	2x	OGYI-T-09322/07
- DERMYC 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x	OGYI-T-09322/09
- DERMYC 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x	OGYI-T-09322/01
- DIFLUCAN 10 MG/ML POR BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	1x35 ml	OGYI-T-01550/07
- DIFLUCAN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-01550/02
- DIFLUCAN 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x	OGYI-T-01550/05
- DIFLUCAN 40 MG/ML POR BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓHOZ	1x35 ml	OGYI-T-01550/08
- DIFLUCAN 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x	OGYI-T-01550/01
- FAMVIR 125 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-05174/01
- FAMVIR 250 MG FILMTABLETTA	15x	OGYI-T-05175/01
- FLUCOHEXAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-09648/04
- FLUCOHEXAL 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x	OGYI-T-09648/01
- FLUCOHEXAL 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x	OGYI-T-09648/02
- FLUCOHEXAL 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x	OGYI-T-09648/05
- FLUCOHEXAL 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x	OGYI-T-09648/03
- FLUCONAZOL-RATIOPHARM 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x	OGYI-T-08583/02
- FLUCONAZOL-RATIOPHARM 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	2x	OGYI-T-08583/03
- FLUCONAZOL-RATIOPHARM 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x	OGYI-T-08583/04
- FLUCONAZOL-RATIOPHARM 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x	OGYI-T-08583/01
- FLUCONER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x	OGYI-T-20314/04
- FLUCONER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	2x	OGYI-T-20314/05
- FLUCONER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x	OGYI-T-20314/06
- HERPESIN 200 MG TABLETTA	25x	OGYI-T-07320/01
- HERPESIN 400 MG TABLETTA	25x	OGYI-T-07321/01
- HERPESIN 400 MG TABLETTA	35x	OGYI-T-07321/03
- ITRACONAZOL-RATIOPHARM 100 MG KAPSZULA	28x	OGYI-T-10600/03
- ITRACONEP 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-20859/02

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ITRAGEN 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-20196/03
- LAMIGARD 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-10426/02
- LAMISIL PEDIATRIC TABLETTA	14x	OGYI-T-01865/01
- MYCONAFINE 250 MG TABLETTA	28x	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 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	7x	OGYI-T-06419/04
- 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	OGYI-T-10601/05
- OMICRAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-10601/06
- OMICRAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	4x	OGYI-T-10601/04
- ORUNGAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	15x	OGYI-T-02172/02
- ORUNGAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	28x	OGYI-T-02172/03
- TELVIRAN 200 MG TABLETTA	25x	OGYI-T-05695/01
- TERBIGEN 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-10544/01
- TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-10029/01
- TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10029/02
- TERBINAFIN-RATIOPHARM 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-20332/01
- TERBINAFIN-RATIOPHARM 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-20332/02
- TERBINER 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-20357/01
- TERBINER 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-20357/02
- TERBISIL KID 125 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-07454/03
- TERBISIL 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-07454/01
- TERBISIL 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-07454/02
- TERFIN 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-09601/01
- TERFIN 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-09601/02
- TINEAL 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-10265/01
- ZOVIRAX 40 MG/ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x125 ml	OGYI-T-01389/01

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

EÜ90 13.

Támogatott indikációk:

- Paget-kór

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

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

2010.07.01

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Reumatológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CALCO 100 NE/ML INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-04143/01
- CALCO 50 NE/ML INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-04142/01
- MIACALCIC 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ ÉS INFÚZIÓ	5x1 ml	OGYI-T-01342/02
- MIACALCIC 50 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ ÉS INFÚZIÓ	5x1 ml	OGYI-T-01342/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M88

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 gyógyszer 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ARAVA 10 MG FILMTABLETTA	30x(buborékcsomagolás)	EU/1/99/118/001
- ARAVA 10 MG FILMTABLETTA	30x(műanyag tartály)	EU/1/99/118/003
- ARAVA 100 MG FILMTABLETTA	3x(buborékfóliában)	EU/1/99/118/009
- ARAVA 20 MG FILMTABLETTA	30x(buborékcsomagolás)	EU/1/99/118/005
- ARAVA 20 MG FILMTABLETTA	30x(műanyag tartály)	EU/1/99/118/007
- METOJECT 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x1,5 ml	OGYI-T-20087/03

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- METOJECT 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,30 ml	OGYI-T-20087/08
- METOJECT 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,40 ml	OGYI-T-20087/09
- METOJECT 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,50 ml	OGYI-T-20087/10
- NEOTIGASON 10 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-04469/01
- NEOTIGASON 25 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-04470/01
- SANDIMMUN NEORAL 10 MG KAPSZULA	60x	OGYI-T-04200/02
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/05
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG/ML IVÓOLDAT	50 ml	OGYI-T-04200/01
- SANDIMMUN NEORAL 25 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/03
- SANDIMMUN NEORAL 50 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 növekedésbeli elmaradás, fehérjevesztéses enteropathia, véres széklet, szövettannal igazolt enteropathia, súlyos ulceratív colitis, súlyos atópiás dermatitis (10 pont feletti SCORAD), akut gégeödéma vagy bronchiális obstrukció nehézlégzéssel, 1 éves korig
- Rövidbél szindróma, 1 éves korig
- Extensíven hidrolizált tápszerrel szembeni intolerancia (tünetek perzisztálása vagy súlyosbodás) esetén, 1 éves korig

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- NEOCATE	400 g	354

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D5090, E4300, J3840, J4500, J9890, K522, L2094, R1100, R1950, R6281, T7830

EÜ90 16.

Támogatott indikációk:

- Endometriosis fibrocystica
- Hereditár angiooedema

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	Belgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Bőrgyógyászat	írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Szülészeti-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- DANOVAL 100 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-01377/01
- DANOVAL 200 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-01379/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D841, N809

EÜ90 17.

Támogatott indikációk:

- T3-hyperthyreosis esetében, hyperthyreotikus terhes és szoptató anyáknak, valamint thiamazollal (Metothyryn) 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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- PROPYCIL 50 MG TABLETTA	100x	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ASTONIN H 0,1 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01533/01
- CORTEF 10 MG TABLETTA	100x	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ANDRIOL TESTOCAPS KAPSZULA	60x	OGYI-T-09405/02
- ANDROGEL 50 MG GÉL TASAKBAN	30x	OGYI-T-20015/02
- NEBIDO 250 MG/ML ODATOS INJEKCIÓ	1x4 ml	OGYI-T-10175/01
- PROVIRON 25 TABLETTA	50x(buborékfóliában)	OGYI-T-04565/02
- TOSTRAN 2% GÉL	1x60 g	OGYI-T-20207/01

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

EÜ90 20/a.**Támogatott indikációk:**

- Szisztémás lupus erythematosus
- Lupus erythematosus
- Autoimmun krónikus aktív hepatitis
- Lupoid hepatitis
- Autoimmun hemolitikus anémia
- Idiopáthiás trombocytopeniás purpura
- Reumás láz
- Nem gennyes thyroiditis
- Crohn-betegség
- Colitis ulcerosa

Támogatott indikációk:

- 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-gramulomatosis

- Mikroszkópos polyangiitis

Támogatott indikációk:

- Churg-Strauss szindróma
- Takayasu-arteritis
- Kevert cryoglobulinaemia
- Nem-differenciált autoimmun betegség az adott készítmény alkalmazási előírásában szereplő javallatokban

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- DEPO-MEDROL 40 MG/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x1 ml	OGYI-T-06384/01
- DIPROPHOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-01107/01
- ENDOXAN BEVONT TABLETTA	50x	OGYI-T-04534/03
- HUMALAC A OLDATOS SZEMCSEPP	10 ml	OGYI-T-03877/01
- HUMALAC B OLDATOS SZEMCSEPP	10 ml	OGYI-T-03877/02
- HUMALAC C OLDATOS SZEMCSEPP	10 ml	OGYI-T-03877/03
- IMURAN 25 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-00665/02
- IMURAN 50 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-00665/01
- MEDROL 100 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-00907/05
- MEDROL 16 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-00907/01
- MEDROL 32 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-00907/04
- MEDROL 4 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-00907/02
- METILPREDNIZOLON-HUMAN 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x40 mg	OGYI-T-07862/06
- METYPRED 16 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01879/04
- METYPRED 16 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-01879/03
- METYPRED 4 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01153/03
- POLCORTOLONE 4 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-00689/01
- PREDNISOLON 5 MG TABLETTA	100x bliszterben	OGYI-T-03091/03
- PREDNISOLON 5 MG TABLETTA	20x bliszterben	OGYI-T-03091/01
- SOLU-MEDROL 40 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1 db kétrekeszes injekciós üveg	OGYI-T-02245/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D5900, D6930, D8910, E0610, E0630, G7000, I00H0, K509, K519, K7320, K7321, K9001, L1000, L1010, L1040, L1300, L4300, L9210, L93, M05, M060, M0610, M0680, M069, M0800, M081, M082, M083, M084, M3000, M3010, M3020, M3030, M3130, M3140, M32, M3300, M3310, M3320, M34, M3500, M3501, M3511, M3512, M3530, M45H0

EÜ90 21.**Támogatott indikációk:**

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

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

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

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

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

EÜ90 22.**Támogatott indikációk:**

- Nyílt-zugú glaukoma egyéb terápiára rezisztens dokumentált esetei

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- AZARGA 10 MG/ML+5 MG/ML SZUSZPENZIÓS SZEMCSEPP	1x5 ml	EU/1/08/482/001
- AZOPT 10 MG/ML SZUSZPENZIÓS SZEMCSEPP	1x5 ml flakonban	EU/1/00/129/001
- COMBIGAN OLDATOS SZEMCSEPP	1x5 ml	OGYI-T-20114/01
- DUOTRAV 40 MIKROGRAMM/ML + 5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5 ml flakon	EU/1/06/338/001
- GANFORT 300 MIKROGRAMM/ML + 5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x3 ml palack	EU/1/06/340/001
- GANFORT 300 MIKROGRAMM/ML + 5 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	3x3 ml palack	EU/1/06/340/002

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- LUMIGAN 0,3 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x3 ml palackban	EU/1/02/205/001
- LUMIGAN 0,3 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	3x3 ml palackban	EU/1/02/205/002
- TRAVATAN 40 MIKROGRAMM/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5 ml flakon	EU/1/01/199/001
- TRAVATAN 40 MIKROGRAMM/ML OLDATOS SZEMCSEPP	3x2,5 ml flakon	EU/1/01/199/002
- TRUSOPT OCUMETER PLUS SZEMCSEPP	1x5 ml	OGYI-T-07670/01
- XALACOM OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5 ml	OGYI-T-08165/01
- XALATAN 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5 ml	OGYI-T-05637/01
- XALATAN 0,05 MG/ML OLDATOS SZEMCSEPP	1x2,5 ml védőgyűrűvel lezárt cseppentős tartályba töltve	OGYI-T-05637/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ALPHA D3 0,25 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	60x	OGYI-T-02386/01
- ALPHA D3 0,50 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	30x(műanyag tartályban)	OGYI-T-02386/03
- ALPHA D3 1 MIKROGRAMM LÁGY KAPSZULA	30x	OGYI-T-02386/04
- ALPHA D3-TEVA 0,25 MCG KAPSZULA	60x	OGYI-T-07697/01
- ALPHA D3-TEVA 0,5 MCG KAPSZULA	30x	OGYI-T-08564/01
- ALPHA D3-TEVA 1 MCG KAPSZULA	30x	OGYI-T-07698/01
- CALCIJEX 1 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x	OGYI-T-02170/01
- CALCIJEX 2 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x	OGYI-T-02171/01
- ROCALTROL 0,25 MCG KAPSZULA	30x(bliszterben)	OGYI-T-01214/03
- ROCALTROL 0,5 MCG KAPSZULA	100x(bliszterben)	OGYI-T-01215/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): N2500

új 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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
új - ALFARÉ	400 g	696
új - MILUPA APTAMIL H.A.T.	400 g	102
új - MILUPA PEPTI PLUS 2 (NUTRILON PEPTI PLUS 2)	450 g	271
új - MILUPA PEPTI 1 (NUTRILON PEPTI 1)	450 g	234
új - MILUPA PREGOMIN	400 g	899
új - MILUPA PREGOMIN	450 g	1055
új - PEPTI-JUNIOR	450 g	134
új - SINLAC	650 g	316

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

új EÜ90 24/a2.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
új - ALFARÉ	400 g	696
új - MILUPA APTAMIL H.A.T.	400 g	102
új - MILUPA PEPTI PLUS 2 (NUTRILON PEPTI PLUS 2)	450 g	271
új - MILUPA PEPTI 1 (NUTRILON PEPTI 1)	450 g	234
új - MILUPA PREGOMIN	400 g	899
új - MILUPA PREGOMIN	450 g	1055
új - PEPTI-JUNIOR	450 g	134

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - SINLAC	650 g	316

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

új EÜ90 24/b1.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - HUMANA SL	650 g	215
új - MILUPA SOM GYÜMÖLCSÖS SZÓJAPÉP	500 g	109
új - MILUPA SOM GYÜMÖLCSÖS SZÓJAPÉP	600 g	109
új - MILUPA SOM SZÓJAALAPÚ CSECSEMŐTÁPSZER	500 g	108
új - NESTLÉ SZÓJA-RIZS PÉP	400 g	300
új - NUTRILON SOYA PLUS 2	400 g	272
új - NUTRILON SOYA 1	400 g	132
új - SIMILAC ISOMIL	400 g	1056
új - SINLAC	650 g	316

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

új EÜ90 24/b2.

Támogatott indikációk:

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

A javaslatot kiállító és a gyógyszerert 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - HUMANA SL	650 g	215
új - MILUPA SOM GYÜMÖLCSÖS SZÓJAPÉP	500 g	109
új - MILUPA SOM GYÜMÖLCSÖS SZÓJAPÉP	600 g	109
új - MILUPA SOM SZÓJAALAPÚ CSECSEMŐTÁPSZER	500 g	108

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - NESTLÉ SZÓJA-RIZS PÉP	400 g	300
új - NUTRILON SOYA PLUS 2	400 g	272
új - NUTRILON SOYA 1	400 g	132
új - SIMILAC ISOMIL	400 g	1056
új - SINLAC	650 g	316

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

új 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - AL 110	400 g	211
új - MILUPA LAKTÓZMENTES	400 g	920
új - NUTRILON LOW LACTOSE	400 g	133

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

új 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - AL 110	400 g	211
új - MILUPA LAKTÓZMENTES	400 g	920
új - NUTRILON LOW LACTOSE	400 g	133

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

EÜ90 25.**Támogatott indikációk:**

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Idegsebészet	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Ortopédia-traumatológia	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
- DOLFORIN 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x	OGYI-T-20594/02
- DOLFORIN 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20594/01
- DUROGESIC 25 MCG/H FENTANYL TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-04530/01
- FENTANYL HEXAL 25 MCG/H TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-09989/01
- FENTANYL PLIVA 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20284/01
- FENTANYL SANDOZ MAT 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x	OGYI-T-20155/03
- FENTANYL-RATIOPHARM 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20282/01
- MATRIFEN 12 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20288/05
- MATRIFEN 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20288/14
- OXYCONTIN 10 MG RETARD FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-07166/03
- OXYCONTIN 20 MG RETARD FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-07167/03
- SEDATON 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20283/01

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- vagy orális táplálásra

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek gasztroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermeksebészet	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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ALFARÉ	400 g	696
- DIBEN DRINK ÍZESÍTÉS CAPPUCINO	4x200 ml	1111
- DIBEN DRINK ÍZESÍTÉS ERDEI GYÜMÖLCS	4x200 ml	1113
- DIBEN DRINK ÍZESÍTÉS VANÍLIA	4x200 ml	1112
- FRESUBIN HP ENERGY ÍZESÍTÉS:SEMLEGES	500 ml (üvegben)	
- FRESUBIN ORIGINAL ÍZESÍTÉS:VANÍLIA	500 ml	127/02
- GLUCERNA VANÍLIA ÍZŰ	250 ml	246
- HUMANA HN-MCT	300 g	783
- ISOSOURCE ENERGY GYÜMÖLCS	500 ml	692
- ISOSOURCE ENERGY NATÚR	500 ml	1098
- ISOSOURCE ENERGY NEM ÍZESÍTETT	500 ml	174
- ISOSOURCE ENERGY VANÍLIA	500 ml	691
- ISOSOURCE ENERGY VANÍLIA-KARAMELL	500 ml	1097
- ISOSOURCE STANDARD CSOKOLÁDÉ	500 ml	177
- ISOSOURCE STANDARD KAKAÓ	500 ml	1094
- ISOSOURCE STANDARD KÁVÉ	500 ml	178
- ISOSOURCE STANDARD KÁVÉ -KAPUCSSÍNÓ	500 ml	1093
- ISOSOURCE STANDARD NATÚR	500 ml	1096
- ISOSOURCE STANDARD NEM ÍZESÍTETT	500 ml	175
- ISOSOURCE STANDARD VANILIA	500 ml	176
- ISOSOURCE STANDARD VANILIA-KARAMELL	500 ml	1095
- JEVITY TELJESÉRTÉKŰ, KIEGYENSÚLYOZOTT, IZOTÓNIA SZONDATÁPSZER ROSTTAL ÉS PREBIOTIKUMMAL	500 ml	1000
- MILUPA PREGOMIN	400 g	899
- MILUPA PREGOMIN	450 g	1055
- MODULEN IBD	400 g	621
- NOVASOURCE GI CONTROLL NEM ÍZESÍTETT	500 ml	626
- NOVASOURCE GI CONTROLL VANÍLIA	500 ml	627
- NOVASOURCE GI CONTROLL VANÍLIA-KARAMELL	500 ml	1099
- NUTRINI	200 ml	973
- NUTRINI ENERGY	200 ml	972
- NUTRISON ADVANCED PEPTISORB	500 ml	1025
- NUTRISON ENERGY	1000 ml	194
- NUTRISON ENERGY	500 ml	194
- NUTRISON ENERGY MULTI FIBRE	1000 ml	
- NUTRISON POWDER	430 g	195
- OSMOLITE 1,0 KCAL/ML TELJESÉRTÉKŰ, KIEGYENSÚLYOZOTT, IZOTÓNIA SZONDATÁPSZER	500 ml	1001
- PEPTI-JUNIOR	450 g	134

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- PROMOTE 1,0 KCAL/ML TELJESÉRTÉKŰ, KIEGYENSÚLYOZOTT, KIEGYENSÚLYOZOTT, MAGAS FEHÉRJE TARTALMÚ SZONDATÁPSZER	500 ml	1002

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

EÜ90 27.

Támogatott indikációk:

- Cisztás fibrózis (mucoviscidosis)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek gasztroenterológia	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- PULMOCARE	250 ml	243

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

EÜ90 28.

Támogatott indikációk:

- Microsporia capitis
- Trichophytia profunda

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Bőrgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- LAMIGARD 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-10426/02
- LAMISIL PEDIATRIC TABLETTA	14x	OGYI-T-01865/01
- MYCONAFINE 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-20313/01
- TERBIGEN 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-10544/01
- TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-10029/01
- TERBINAFIN HEXAL 250 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-10029/02
- TERBINAFIN-RATIOPHARM 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-20332/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- TERBINAFIN-RATIOPHARM 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-20332/02
- TERBINER 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-20357/01
- TERBINER 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-20357/02
- TERBISIL KID 125 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-07454/03
- TERBISIL 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-07454/01
- TERBISIL 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-07454/02
- TERFIN 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-09601/01
- TERFIN 250 MG TABLETTA	28x	OGYI-T-09601/02
- TINEAL 250 MG TABLETTA	14x	OGYI-T-10265/01

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

vált. EÜ90 29.

Támogatott indikációk:

- Osteoporoticus csigolyatörések szekunder prevenciója céljából, nőknek 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 - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Osteoporoticus csigolyatörések szekunder prevenciója céljából, nőknek 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 - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- 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 - 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 - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

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

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

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

vált. 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- HUMALOG MIX 25 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/96/007/008
- HUMALOG MIX 50 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/96/007/006
- NOVOMIX 30 PENFILL 100 E/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/00/142/004

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

EÜ90 31.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Kardiológia	írhat

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

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

Kiemelt, indikációhoz kötött támogatással rendelheti**EÜ 100 százalékos támogatási kategória**

vált. EÜ100 1.

Támogatott indikációk:

- Inszulinkezelésre szoruló (önmagában vagy orális antidiabetikum mellett) cukorbeteg

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Diabetológiai szakellátóhely	Belgyógyászat, 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
- ACTRAPID PENFILL 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/02/230/006
- HUMULIN M3 (30/70) 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x10 ml	OGYI-T-05928/01
- HUMULIN M3 (30/70) 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	OGYI-T-05928/02
- HUMULIN N 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x10 ml	OGYI-T-05932/01
- HUMULIN N 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	OGYI-T-05932/02
- HUMULIN R 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x10 ml	OGYI-T-05933/01
- HUMULIN R 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	OGYI-T-05933/02
- INSULATARD PENFILL 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/02/233/006
- INSUMAN BASAL 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/97/030/035
- INSUMAN COMB 15 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/97/030/040
- INSUMAN COMB 25 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/97/030/045
- INSUMAN COMB 50 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/97/030/050
- INSUMAN RAPID 100 NE/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/97/030/030
- PROTAPHANE PENFILL 100 NE/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ PATRONBAN (3 ML)	1x	EU/1/02/234/005

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

vált. EÜ100 2.

Támogatott indikációk:

- Humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő vércukoranyagcsere-háztartást (HbA1c<7.0%) nem lehetett elérni, illetve a posztprandriális vércukorszint többszöri mérés alkalmával meghaladja a 10,0 mmol/l értéket, vagy dokumentáltan gyakori tüneteket okozó hypoglikæmia jelentkezik

A javaslatot kiállító és a gyógyszer 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)	5x3 ml előretöltött injekciós toll (solostar)	EU/1/04/285/032
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml üvegpatronban	EU/1/04/285/008
- APIDRA 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN (OPTICLIK)	5x3 ml üvegpatronban (opticlik-hez)	EU/1/04/285/024
- HUMALOG 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/96/007/004
- NOVORAPID PENFILL 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml patron	EU/1/99/119/003

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

vált. EÜ100 3.

Támogatott indikációk:

- Humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésre szoruló) cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő vércukoranyagcsere-háztartást (HbA1c<7.0%) nem lehetett elérni, vagy dokumentáltan gyakori tüneteket okozó hypoglikemia jelentkezik

A javaslatot kiállító és a gyógyszer 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (SOLOSTAR)	5x3 ml előretöltött injekciós toll (solostar)	EU/1/00/134/033
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml üvegpatronban	EU/1/00/134/006
- LANTUS 100 EGYSÉG/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN (OPTICLIK)	5x3 ml üvegpatronban (opticlick-hez)	EU/1/00/134/025
- LEVEMIR 100 E/ML OLDATOS INJEKCIÓ PATRONBAN	5x3 ml	EU/1/04/278/002

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

EÜ100 4.**Támogatott indikációk:**

- Myasthenia gravis

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	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
- MESTINON 60 DRAZSÉ	150x	OGYI-T-00517/02
- MYTELASE 10 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-00559/02
- MYTELASE 10 MG TABLETTA	50x	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- TETANOL PUR SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5 ml tű nélkül	OGYI-T-09451/02
- TETANOL PUR SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5 ml tűvel	OGYI-T-09451/01
- TETIG 500 NE OLDATOS INJEKCIÓ	1x5 ml	OGYI-T-09471/02

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

EÜ100 6/a.**Támogatott indikációk:**

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

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

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

A javaslatot kiállító és a 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	Illetékes szakorvos	javasolhat és írhat
Megkötés nélkül	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ADVAGRAF 0,5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	50x	EU/1/07/387/002
- ADVAGRAF 1 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	60x	EU/1/07/387/005

Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- ADVAGRAF 3 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	50x	EU/1/07/387/012
- ADVAGRAF 5 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	50x	EU/1/07/387/008
- CELLCEPT 250 MG KAPSZULA	100x	EU/1/96/005/001
- CELLCEPT 500 MG TABLETTA	50x	EU/1/96/005/002
- CERTICAN 0,25 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x	OGYI-T-09961/06
- CERTICAN 0,5 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-09961/01
- CERTICAN 0,75 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-09961/03
- IMURAN 25 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-00665/02
- IMURAN 50 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-00665/01
- MEDROL 100 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-00907/05
- MEDROL 16 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-00907/01
- MEDROL 32 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-00907/04
- MEDROL 4 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-00907/02
- METYPRED 16 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01879/04
- METYPRED 4 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01153/03
- MYCOPHENOLATE MOFETIL MEDICO UNO 500 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-20866/01
- MYFENAX 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	EU/1/07/438/001
- MYFENAX 500 MG FILMTABLETTA	50x	EU/1/07/438/003
- MYFORTIC 180 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	120x	OGYI-T-10075/02
- MYFORTIC 360 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ TABLETTA	120x	OGYI-T-10075/01
- PRESUMIN 500 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-20863/01
- PROGRAF 0,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-08681/01
- PROGRAF 1 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-07280/01
- PROGRAF 5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-07281/01
- RAPAMUNE 1 MG BEVONT TABLETTA	100x/faltparton	EU/1/01/171/008
- RAPAMUNE 1 MG BEVONT TABLETTA	30x/faltparton	EU/1/01/171/007
- RAPAMUNE 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x60 ml + 30 adagolófecskendő + 1fecskendő adapter + 1 carryng case	EU/1/01/171/001
- RAPAMUNE 2 MG BEVONT TABLETTA	100x	EU/1/01/171/010
- SANDIMMUN NEORAL 10 MG KAPSZULA	60x	OGYI-T-04200/02
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/05
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG/ML IVÓOLDAT	50 ml	OGYI-T-04200/01
- SANDIMMUN NEORAL 25 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/03
- SANDIMMUN NEORAL 50 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/04

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény szakorvosa	Megkötés nélkül	írhat

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

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

EÜ100 8/a.

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
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat
Kijelölt intézmény	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- GRANOCYTE 34 POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ VAGY INFÚZIÓHOZ	5xporampulla+5x1 ml oldószér	OGYI-T-06226/01
- NEULASTA 6 MG OLDATOS INJEKCIÓ	1x / bliszter nélkül	EU/1/02/227/002
- NEUPOGEN 30 MILLIÓ EGYSÉG (0,3 MG/ML) OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-01763/01
- NEUPOGEN 30 MILLIÓ EGYSÉG/0,5 ML (0,6 MG/ML) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	5x0,5 ml	OGYI-T-07394/01
- NEUPOGEN 48 MILLIÓ EGYSÉG/0,5 ML (0,96 MG/ML) OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	5x0,5 ml	OGYI-T-07395/01
- RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x	EU/1/08/444/001
- RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,5 ml előretöltött fecskendő	EU/1/08/444/009
- RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x	EU/1/08/444/002
- RATIOGRASTIM 30 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x0,5 ml előretöltött fecskendő	EU/1/08/444/010
- RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x	EU/1/08/444/005
- RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,8 ml előretöltött fecskendő	EU/1/08/444/011
- RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x	EU/1/08/444/006

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- RATIOGRASTIM 48 MILLIÓ NE OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x0,8 ml előretöltött fecskendő	EU/1/08/444/012
- TEVAGRASTIM 30 MILLIÓ NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,5 ml előretöltött fecskendő biztonsági tűvédővel	EU/1/08/445/009
- TEVAGRASTIM 30 MILLIÓ NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x0,5 ml előretöltött fecskendő biztonsági tűvédővel	EU/1/08/445/010
- TEVAGRASTIM 48 MILLIÓ NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	1x0,8 ml előretöltött fecskendő biztonsági tűvédővel	EU/1/08/445/012
- TEVAGRASTIM 48 MILLIÓ NE/0,8 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5x0,8 ml előretöltött fecskendő biztonsági tűvédővel	EU/1/08/445/013
- ZARZIO 30 MILLIÓ E/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	5x0,5 ml	EU/1/08/495/003
- ZARZIO 48 MILLIÓ E/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	5x0,5 ml	EU/1/08/495/007

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

EÜ100 8/b1.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ALGOPYRIN 1 G/2 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x2 ml	OGYI-T-07845/03
- DEMALGON TABLETTA	10x	OGYI-T-00693/01
- DEMALGONIL INJEKCIÓ	5x2 ml	OGYI-T-20044/01
- PANALGORIN TABLETTA	10x	OGYI-T-04536/01
- PANALGORIN TABLETTA	20x	OGYI-T-04536/02

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ADAMON SR 100 MG RETARD KAPSZULA	10x	OGYI-T-06971/01
- ADAMON SR 150 MG RETARD KAPSZULA	10x	OGYI-T-06972/01
- ADAMON SR 50 MG RETARD KAPSZULA	30x	OGYI-T-06970/02
- CONTRAMAL 100 MG RETARD FILMTABLETTA	30x(pvc/pvdc//al)	OGYI-T-04975/07
- CONTRAMAL 100 MG VÉGBÉLKÚP	5x	OGYI-T-04975/06
- CONTRAMAL 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	10 ml	OGYI-T-04975/04
- CONTRAMAL 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK ADAGOLÓPUMPÁVAL	96 ml	OGYI-T-04975/05
- CONTRAMAL 150 MG RETARD FILMTABLETTA	30x(pvc/pvdc//al)	OGYI-T-04975/09
- CONTRAMAL 200 MG RETARD FILMTABLETTA	30x(pvc/pvdc//al)	OGYI-T-04975/11
- CONTRAMAL 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-04975/02
- CONTRAMAL 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-04975/13
- CONTRAMAL 50 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x2 ml	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 TABLETTA	20x	OGYI-T-11596/01
- RALGEN KAPSZULA	20x	OGYI-T-20310/15
- RALGEN SR 100 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-20310/03
- RALGEN SR 100 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-20310/04
- RALGEN SR 150 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-20310/07
- RALGEN SR 150 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-20310/08
- RALGEN SR 200 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-20310/11
- RALGEN SR 200 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-20310/12
- TRAMADOL AL CSEPPEK	10 ml	OGYI-T-07603/01
- TRAMADOL AL CSEPPEK	100 ml	OGYI-T-07603/04
- TRAMADOL AL 100 INJEKCIÓ	10x	OGYI-T-07602/02
- TRAMADOL AL 100 INJEKCIÓ	5x	OGYI-T-07602/01
- TRAMADOLOR UNO 200 MG RETARD TABLETTA	10x	OGYI-T-20235/01
- TRAMADOLOR UNO 200 MG RETARD TABLETTA	30x	OGYI-T-20235/02
- TRAMADOLOR 100 ID RETARD TABLETTA	20x	OGYI-T-08179/01
- TRAMADOLOR 100 ID RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-08179/02
- TRAMADOLOR 150 ID RETARD TABLETTA	20x	OGYI-T-08180/01
- TRAMADOLOR 150 ID RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-08180/02
- TRAMADOLOR 200 ID RETARD TABLETTA	20x	OGYI-T-08181/01
- TRAMADOLOR 200 ID RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-08181/02
- TRAMADOLOR 50 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	30x	OGYI-T-08179/07
- TRAMADOLOR 50 MG KAPSZULA	20x	OGYI-T-08179/03
- TRAMADOL-RATIOPHARM CSEPPEK	1x10 ml	OGYI-T-07724/01
- TRAMADOL-RATIOPHARM 100 INJEKCIÓ	5x2 ml	OGYI-T-07727/01
- TRAMADOL-RATIOPHARM 50 INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-07726/01
- TRAMADOL-RATIOPHARM 50 MG KAPSZULA	20x	OGYI-T-07728/02
- TRAMADOL-RATIOPHARM 50 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-07728/03
- TRAMALGIC 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x	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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- DEPRIDOL TABLETTA	10x	OGYI-T-02826/01
- DOLARGAN INJEKCIÓ	5x2 ml	OGYI-T-12707/01
- DOLFORIN 100 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x	OGYI-T-20594/11
- DOLFORIN 100 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20594/10
- DOLFORIN 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x	OGYI-T-20594/02
- DOLFORIN 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20594/01
- DOLFORIN 50 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x	OGYI-T-20594/05
- DOLFORIN 50 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20594/04
- DOLFORIN 75 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x	OGYI-T-20594/08
- DOLFORIN 75 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20594/07
- DUROGESIC 100 MCG/H FENTANYL TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-04533/01
- DUROGESIC 25 MCG/H FENTANYL TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-04530/01
- DUROGESIC 50 MCG/H FENTANYL TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-04531/01
- DUROGESIC 75 MCG/H FENTANYL TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-04532/01
- FENTANYL HEXAL 100 MCG/H TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-09992/01
- FENTANYL HEXAL 25 MCG/H TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-09989/01
- FENTANYL HEXAL 50 MCG/H TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-09990/01
- FENTANYL HEXAL 75 MCG/H TTS TAPASZ	5x	OGYI-T-09991/01
- FENTANYL PLIVA 100 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20284/04
- FENTANYL PLIVA 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20284/01
- FENTANYL PLIVA 50 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20284/02
- FENTANYL PLIVA 75 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20284/03
- FENTANYL SANDOZ MAT 100 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x	OGYI-T-20155/09
- FENTANYL SANDOZ MAT 25 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x	OGYI-T-20155/03
- FENTANYL SANDOZ MAT 50 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x	OGYI-T-20155/05
- FENTANYL SANDOZ MAT 75 MIKROGRAMM/ÓRA TRANSZDERMÁLIS MÁTRIX TAPASZ	5x	OGYI-T-20155/07
- FENTANYL-RATIOPHARM 100 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20282/04
- FENTANYL-RATIOPHARM 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20282/01
- FENTANYL-RATIOPHARM 50 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20282/02

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- FENTANYL-RATIOPHARM 75 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20282/03
- JURNISTA 16 MG RETARD TABLETTA	14x	OGYI-T-20162/20
- JURNISTA 32 MG RETARD TABLETTA	14x	OGYI-T-20162/30
- JURNISTA 32 MG RETARD TABLETTA	28x	OGYI-T-20162/32
- JURNISTA 64 MG RETARD TABLETTA	14x	OGYI-T-20162/40
- JURNISTA 64 MG RETARD TABLETTA	28x	OGYI-T-20162/42
- JURNISTA 8 MG RETARD TABLETTA	14x	OGYI-T-20162/10
- MATRIFEN 100 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20288/41
- MATRIFEN 12 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20288/05
- MATRIFEN 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20288/14
- MATRIFEN 50 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20288/23
- MATRIFEN 75 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20288/32
- M-ESLON 100 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-02314/02
- M-ESLON 30 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-02312/02
- M-ESLON 60 MG RETARD KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-02313/02
- MORPHINUM HYDROCHLORICUM TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1 ml	OGYI-T-12716/01
- MORPHINUM HYDROCHLORICUM TEVA 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1 ml	OGYI-T-12716/03
- MORPHINUM HYDROCHLORICUM TEVA 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	50x1 ml	OGYI-T-12716/04
- MST CONTINUS 10 MG RETARD FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-02187/01
- MST CONTINUS 100 MG RETARD FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-02187/05
- MST CONTINUS 30 MG RETARD FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-02187/03
- MST CONTINUS 60 MG RETARD FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-02187/04
- OXYCONTIN 10 MG RETARD FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-07166/03
- OXYCONTIN 20 MG RETARD FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-07167/03
- OXYCONTIN 40 MG RETARD FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-07168/03
- OXYCONTIN 80 MG RETARD FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-07169/03
- PALLADONE-SR 16 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-09423/05
- PALLADONE-SR 24 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-09423/06
- PALLADONE-SR 4 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-09423/03
- PALLADONE-SR 8 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-09423/03
- SEDATON 100 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20283/04
- SEDATON 25 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20283/01
- SEDATON 50 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20283/02
- SEDATON 75 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-20283/03
- TRANSTEC 35 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x	OGYI-T-08943/03
- TRANSTEC 35 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-08943/02
- TRANSTEC 52,5 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	10x	OGYI-T-08944/03
- TRANSTEC 52,5 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	OGYI-T-08944/02
- TRANSTEC 70 MIKROGRAMM/H TRANSZDERMÁLIS TAPASZ	5x	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 gyógyszerrel 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	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- CALCIUMFOLINAT "EBEWE" KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-01496/01
- CALCIUMFOLINAT "EBEWE" OLDATOS INJEKCIÓ	1x30 ml	OGYI-T-01493/04
- CALCIUMFOLINAT "EBEWE" OLDATOS INJEKCIÓ	1x50 ml	OGYI-T-01493/05
- CALCIUMFOLINAT "EBEWE" OLDATOS INJEKCIÓ	5x10 ml	OGYI-T-01493/03
- CALCIUMFOLINAT "EBEWE" OLDATOS INJEKCIÓ	5x3 ml	OGYI-T-01493/02
- CALCO 100 NE/ML INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-04143/01
- CALCO 50 NE/ML INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-04142/01
- DEPO-MEDROL 40 MG/ML SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓ	1x1 ml	OGYI-T-06384/01
- EGIFERON 3X10 ⁶ NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10 porampulla+10 oldószer ampulla	OGYI-T-03892/01
- ENDOXAN BEVONT TABLETTA	50x	OGYI-T-04534/03
- FTORAFUR 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-01001/01
- IMURAN 25 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-00665/02
- IMURAN 50 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-00665/01
- INTRONA 18 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/031
- INTRONA 30 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/034
- INTRONA 60 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/037
- LASTET 100 MG LÁGY KAPSZULA	10x	OGYI-T-01627/01
- LASTET 50 MG LÁGY KAPSZULA	20x	OGYI-T-01626/01
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x10 ml	OGYI-T-05072/03
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x20 ml	OGYI-T-05072/05
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x30 ml	OGYI-T-05072/07
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x5 ml	OGYI-T-05072/01
- LEUCOVORIN-TEVA 10 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x50 ml	OGYI-T-05072/09
- LITALIR KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-01878/01
- LUCRIN PDS DEPOT 11,25 MG INJEKCIÓ	1x	OGYI-T-10041/01

Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- LUCRIN PDS DEPOT 3,75 MG INJEKCIÓ	1x	OGYI-T-10040/01
- MEDROL 100 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-00907/05
- MEDROL 16 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-00907/01
- MEDROL 32 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-00907/04
- MEDROL 4 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-00907/02
- METILPREDNIZOLON-HUMAN 1000 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x1 g	OGYI-T-07862/05
- METILPREDNIZOLON-HUMAN 125 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x125 mg	OGYI-T-07862/03
- METILPREDNIZOLON-HUMAN 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x40 mg	OGYI-T-07862/01
- METILPREDNIZOLON-HUMAN 40 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x40 mg	OGYI-T-07862/06
- METILPREDNIZOLON-HUMAN 500 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x500 mg	OGYI-T-07862/04
- METYPRED 16 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01879/04
- METYPRED 16 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-01879/03
- METYPRED 4 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01153/03
- PREDNISOLON 5 MG TABLETTA	100x bliszterben	OGYI-T-03091/03
- PREDNISOLON 5 MG TABLETTA	20x bliszterben	OGYI-T-03091/01
- PROVERA 100 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01242/01
- PROVERA 500 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-01242/02
- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,5 ml	OGYI-T-06145/01
- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	12x0,5 ml	OGYI-T-06145/03
- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x0,5 ml	OGYI-T-06145/02
- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,5 ml	OGYI-T-06145/04
- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	12x0,5 ml	OGYI-T-06145/06
- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,5 ml	OGYI-T-06145/07
- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	12x0,5 ml	OGYI-T-06145/09
- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x0,5 ml	OGYI-T-06145/08
- SANDOSTATIN LAR 10 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porüveg+1xoldószer fecskendőben+2 tű	OGYI-T-01723/03
- SANDOSTATIN LAR 20 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porüveg+1xoldószer fecskendőben+2 tű	OGYI-T-01723/04
- SANDOSTATIN LAR 30 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porüveg+1xoldószer fecskendőben+2 tű	OGYI-T-01723/05
- SANDOSTATIN 0,1 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-01723/01
- SANDOSTATIN 0,2 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x5 ml	OGYI-T-01723/02
- SOLU-MEDROL 1000 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x port tartalmazó injekciós üveg+1x15,6ml oldószert tartalmazó injekciós üveg	OGYI-T-02245/05
- SOLU-MEDROL 125 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1 db kétrekeszes injekciós üveg	OGYI-T-02245/02
- SOLU-MEDROL 250 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1 db kétrekeszes injekciós üveg	OGYI-T-02245/03
- SOLU-MEDROL 40 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1 db kétrekeszes injekciós üveg	OGYI-T-02245/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- SOLU-MEDROL 500 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x port tartalmazó injekciós üveg+ 1x8ml oldószert tartalmazó injekciós üveg	OGYI-T-02245/04
- SOMATULINE AUTOGEL 120 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x	OGYI-T-09807/03
- SOMATULINE AUTOGEL 60 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x	OGYI-T-09807/01
- SOMATULINE AUTOGEL 90 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x	OGYI-T-09807/02
- SOMATULINE P.R. 30 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS RETARD INJEKCIÓHOZ	1x	OGYI-T-06867/01
- TREXAN 10 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-04761/02
- TREXAN 2,5 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-04761/01
- ZAVEDOS 10 MG KAPSZULA	1x	OGYI-T-05126/01
- ZAVEDOS 25 MG KAPSZULA	1x	OGYI-T-05127/01
- ZAVEDOS 5 MG KAPSZULA	1x	OGYI-T-05125/01
- ZITAZONIUM 10 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-03567/01
- ZOLADEX DEPOT 3,6 MG IMPLANTÁTUM ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x	OGYI-T-01976/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképzésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképzés	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- AREDIA 30 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INFÚZIÓHOZ	2 porüveg+2 oldószert tartalmazó ampulla	OGYI-T-05759/01
- BONEFOS 60 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	5x5 ml	OGYI-T-02027/01
- PAMIDRONATE HOSPIRA 3 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ, 10 ML	1x10 ml	OGYI-T-10314/01
- PAMIDRONATE HOSPIRA 9 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x10 ml	OGYI-T-10316/01
- PAMIFOS 3 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x10 ml	OGYI-T-20184/02

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- PAMIFOS 3 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x20 ml	OGYI-T-20184/03
- PAMIFOS 3 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x30 ml	OGYI-T-20184/04
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x2 ml üvegampullában	OGYI-T-08332/01
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x4 ml pe ampullában	OGYI-T-08332/04
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x4 ml üvegampullában	OGYI-T-08332/03
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x6 ml pe ampullában	OGYI-T-08332/06
- PAMITOR 15 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x6 ml üvegampullában	OGYI-T-08332/05

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

EÜ100 8/d2.

Támogatott indikációk:

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

A javaslatot kiállító és a gyógyszer 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ZOMETA 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1 injekciós üveg	EU/1/01/176/004

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

EÜ100 8/e.

Támogatott indikációk:

- Szövettanilag igazolt emlőrák csontáttétekkel
- Tumoros hypercalcaemia

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Klinikai onkológia	írhat

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Sugártherápia	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- BONDRONAT 50 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/96/012/009
- BONDRONAT 6 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x6 ml	EU/1/96/012/011
- OSSICA 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-21128/01
- OSSICA 50 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-21128/02

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

EÜ100 8/f.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- BONEFOS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	120x	OGYI-T-02027/03
- BONEFOS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-02027/02
- BONEFOS 800 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-02027/04

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

EÜ100 8/g1.

Támogatott indikációk:

- Hyperprolactinaemia
- Infertilitás
- Acromegalia
- Galaktorrhoea

Támogatott indikációk:

- Prolactinoma
- 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	Szülészet-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

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

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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	Szülészet-nőgyógyászat	javasolhat és írhat
Háziorvos	Megkötés nélkül	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- NORPROLAC 150 MCG TABLETTA	30x	OGYI-T-04873/01
- NORPROLAC 25 MCG/50 MCG TABLETTA	3x25 mcg+3x50 mcg	OGYI-T-04871/01
- NORPROLAC 75 MCG TABLETTA	30x	OGYI-T-04872/01

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

vált. EÜ100 8/h.

Támogatott indikációk:

- Hormon-dependens prosztatarákban a totális androgén blokád eléréséhez

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	OGYI-T-07919/01
- ANANDRON 50 MG TABLETTA	90x	OGYI-T-04401/01
- ANDROCUR 100 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-01909/04
- ANDROCUR 50 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-01909/01
- ANDROCUR 50 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01909/02
- CYSAXAL 100 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-20769/05
- DECAPEPTYL DEPOT POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla+1x1 ml	OGYI-T-05310/01
- DIPHERELINE SR 11,25 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla+1 oldószer ampulla+szerelék	OGYI-T-09082/01
- DIPHERELINE SR 3,75 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla+1 oldószer ampulla	OGYI-T-08169/01
- ELIGARD 22,5 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x(tálcás csomagolás)	OGYI-T-10010/03
- ELIGARD 22,5 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x(tasakos csomagolás)	OGYI-T-10010/01
- ELIGARD 45 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x(tálcás csomagolás)	OGYI-T-10010/07
- ELIGARD 7,5 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x(tálcás csomagolás)	OGYI-T-10009/03
- ELIGARD 7,5 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x(tasakos csomagolás)	OGYI-T-10009/01
- ESTRACYT KAPSZULA	100x	OGYI-T-01004/01
- FLUPROST 250 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-09430/02
- FLUTAM 250 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-06173/01
- FLUTASIN 250 MG TABLETTA	90x	OGYI-T-09211/02
- FUGEREL 250 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01324/01
- LUCRIN PDS DEPOT 11,25 MG INJEKCIÓ	1x	OGYI-T-10041/01
- LUCRIN PDS DEPOT 3,75 MG INJEKCIÓ	1x	OGYI-T-10040/01
- PROSZTIKA 250 MG TABLETTA	84x	OGYI-T-20125/01
- SUPREFACT DEPOT 2 HÓNAP IMPLANTÁTUM	1x (1 implantátum, 2 rudacska)	OGYI-T-04400/01
- SUPREFACT DEPOT 3 HÓNAP IMPLANTÁTUM	1 implantátum (3 rudacska)	OGYI-T-07566/01
- SUPREFACT INJEKCIÓ	2x5,5 ml	OGYI-T-01503/01
- SUPREFACT ORRSPRAY	1x	OGYI-T-01504/02
- ZOLADEX DEPOT 10,8 MG IMPLANTÁTUM ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x	OGYI-T-01976/02
- ZOLADEX DEPOT 3,6 MG IMPLANTÁTUM ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x	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 emlődaganas, postmenopauzában levő betegek 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
- ANABREST FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20474/01
- ANABREST FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20474/02
- ANAMATAZ 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20529/01
- ANAROMAT 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20606/01
- ANASTROZOL +PHARMA 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21145/01
- ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20455/01
- ANASTROZOL WINTHROP 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20453/01
- ANASTROZOL WINTHROP 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20453/03
- ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20672/01
- ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20672/02
- ANASTROZOLE-GENERICS (UK) 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20548/01
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20469/01
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-20469/02
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20469/03
- ARILLA 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20534/01
- ARILLA 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20534/03
- ARIMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-05682/01
- AROMASIN BEVONT TABLETTA	30x	OGYI-T-07356/01
- AXASTROL 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20687/02
- ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20736/01
- ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20736/02
új - EXEMESTANE MEDICO UNO 25 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21310/03
új - EXEMESTANE MEDICO UNO 25 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-21310/04
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20836/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	90x	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	OGYI-T-05712/02
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05712/01
- LETROMATAZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20762/01
- LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21025/01
- LETROZOL POLPHARMA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20843/01

	Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
új	- LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20795/02
	- LETROZOLE BLUEFISH 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21241/01
	- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20806/01
	- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20806/07
	- LETROZOLE MYLAN 2,5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20827/01
	- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20704/01
	- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20704/02
	- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20888/02
	- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20888/01
	- LEXEROLL 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20969/02
	- LEXEROLL 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20969/01
	- MAMMOZOLE 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20904/01
	- MAMMOZOLE 1 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20904/02
	- MASTOREN 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20630/01
	- NINIVET 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20890/02
	- NINIVET 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20890/01
	- NOBREC 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20632/02
	- NOBREC 1 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20632/05
	- VALMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20659/02
	- VALMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20659/05
- VALMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	98x	OGYI-T-20659/06	
- ZYNZOL 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20476/01	

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
- ANABREST FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20474/01
- ANABREST FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20474/02
- ANAMATAZ 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20529/01
- ANAROMAT 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20606/01
- ANASTROZOL +PHARMA 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21145/01
- ANASTROZOL SANDOZ 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20455/01
- ANASTROZOL WINTHROP 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20453/01

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ANASTROZOL WINTHROP 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20453/03
- ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20672/01
- ANASTROZOLE PHARMACENTER 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20672/02
- ANASTROZOLE-GENERICS (UK) 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20548/01
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20469/01
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-20469/02
- ANASTROZOL-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20469/03
- ARILLA 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20534/01
- ARILLA 1 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20534/03
- ARIMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-05682/01
- AXASTROL 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20687/02
- ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20736/01
- ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20736/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20836/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20836/04
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-05712/02
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05712/01
- LETROMATAZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20762/01
- LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21025/01
- LETROZOL POLPHARMA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20843/01
- LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20795/02
új - LETROZOLE BLUEFISH 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21241/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20806/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20806/07
- LETROZOLE MYLAN 2,5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20827/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20704/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20704/02
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20888/02
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20888/01
- LEXEROLL 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20969/02
- LEXEROLL 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20969/01
- MAMMOZOLE 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20904/01
- MAMMOZOLE 1 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20904/02
- MASTOREN 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20630/01
- NINIVET 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20890/02
- NINIVET 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20890/01
- NOBREC 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20632/02
- TAMOXIFEN-TEVA 10 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05039/01
- TAMOXIFEN-TEVA 20 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05039/02
- VALMIDEX 1 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20659/02
- ZITAZONIUM 10 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-03567/01
- ZYNZOL 1 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20476/01

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	30x	OGYI-T-20736/01
- ETRUZIL 2,5 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20736/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20836/02
- FAMOS 2,5 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20836/04
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-05712/02
- FEMARA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05712/01
- LETROMATAZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20762/01
- LETROZOL ACTAVIS 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21025/01
- LETROZOL POLPHARMA 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20843/01
- LETROZOL SANDOZ 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20795/02
új - LETROZOLE BLUEFISH 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-21241/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20806/01
- LETROZOLE MEDICO UNO 2,5 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20806/07
- LETROZOLE MYLAN 2,5 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20827/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20704/01
- LETROZOLE PHARMACENTER 2,5 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20704/02
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20888/02
- LETROZOL-RATIOPHARM 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20888/01
- LEXEROLL 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20969/02
- LEXEROLL 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20969/01
- NINIVET 2,5 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20890/02
- NINIVET 2,5 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20890/01

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
-----------	---------------	-------------

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 érvényességi ideje 12 hónap.

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

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

vált. EÜ100 8/k.

Támogatott indikációk:

- Prostate carcinoma kezelése során dokumentált flutamid rezisztencia, illetve intolerancia

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
- BICALUTAMID SANDOZ 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20402/01
új - BICALUTAMID-CREMUM 150 MG FILMTABLETTA	30x (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20848/04

	Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
új	- BICALUTAMID-CREMUM 50 MG FILMTABLETTA	30x (pvc/pvdc//al)	OGYI-T-20848/03
	- BICALUTAMIDE BLUEFISH 150 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20841/02
	- BICALUTAMIDE BLUEFISH 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20841/01
	- BICALUTAMIDE PHARMACENTER 150 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20589/02
	- BICALUTAMIDE PHARMACENTER 150 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20589/04
	- BICALUTAMIDE PHARMACENTER 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20589/01
	- BICALUTAMIDE PHARMACENTER 50 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20589/03
	- BICALUTAMID-RATIOPHARM 150 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20367/01
	- BICALUTAMID-RATIOPHARM 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-10611/01
	- BICATLON 50 MG FILMTABLETTA	28x(pvc/al buborékfóliában)	OGYI-T-20296/01
	- BICATLON 50 MG FILMTABLETTA	84x(pvc/al buborékfóliában)	OGYI-T-20296/10
	- BICUSAN 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20401/02
	- BILUTAMID 150 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-10511/01
	- BILUTAMID 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-10510/01
	- BINABIC 150 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20799/03
	- BINABIC 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20799/01
	- CALUMID 150 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09337/02
	- CALUMID 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-09337/01
	- CAPRO 150 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20472/02
	- CAPRO 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20472/01
	- CAPRO 50 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20472/04
	- CASODEX 150 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-05375/02
	- GROMMAR 150 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20815/02
	- GROMMAR 50 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-20815/01
	- LANBICAMID 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20396/01
	- SANOTAMID 150 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20813/03
	- SANOTAMID 150 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20813/04
	- SANOTAMID 50 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20813/01
	- SANOTAMID 50 MG FILMTABLETTA	84x	OGYI-T-20813/02

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

EÜ100 8/1.

Támogatott indikációk:

- Hólyagtumor alacsony és közepes kockázatú eseteiben az intravesicalis instilláció céljára

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

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

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- EPIRUBICIN-TEVA 2 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	100 ml	OGYI-T-21030/05
- EPIRUBICIN-TEVA 2 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	25 ml	OGYI-T-21030/03
- EPIRUBICIN-TEVA 2 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ VAGY INFÚZIÓ	5 ml	OGYI-T-21030/01
- FARMORUBICIN PFS/RTU 10 MG OLDATOS INJEKCIÓ	1x	OGYI-T-05108/01
- FARMORUBICIN PFS/RTU 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ	1x	OGYI-T-05108/02
- FARMORUBICIN RD 50 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x	OGYI-T-05108/04
- MITOMYCIN-C KYOWA 10 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	5x	OGYI-T-01196/02
- MITOMYCIN-C KYOWA 2 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10x	OGYI-T-01196/01
- MITOMYCIN-C KYOWA 20 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1x	OGYI-T-01196/03
- MITOMYCIN-C KYOWA 20 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	5x	OGYI-T-01196/04

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

EÜ100 8/12.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- BCG-MEDAC POR ÉS OLDÓSZER INTRAVEZIKÁLIS SZUSZPENZIÓHOZ	1x porampulla+1x50 ml oldószerzsák+katéter szereléssel	OGYI-T-09692/02
- IMMUCYST IMMUNTERÁPIÁS BCG KONCENTRÁTUM OLDATHOZ	1x81 mg porampulla + 1x3 ml oldószer ampulla	OGYI-T-09000/01

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

EÜ100 8/m.

Támogatott indikációk:

- Rosszindulatú daganatos betegségek sugár- és kemoterápiás kezelése során fellépő vaginális nyálkahártya-károsodás

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

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

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- TANTUM ROSA GRANULÁTUM HÜVELYOLDATHOZ	5x9,4 g (tasakban)	OGYI-T-07593/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C11, C12, C13, C14, Z512, Z923

EÜ100 8/n1.

Támogatott indikációk:

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

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

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ANTIVOM 4 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-10326/01
- ANTIVOM 8 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-10327/01
- CERUCAL INJEKCIÓ	10x2 ml	OGYI-T-01048/01
- CERUCAL TABLETTA	50x	OGYI-T-01047/01
- EMETRON 4 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-05632/01
- EMETRON 4 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05632/02
- EMETRON 8 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-05632/03
- EMETRON 8 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05632/04
- GRANEGIS 1 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-20924/01
- GRANEGIS 2 MG FILMTABLETTA	5x	OGYI-T-20924/02
- ONDAGEN 8 MG FILMTABLETTA	15x	OGYI-T-20165/04
- ONDAGEN 8 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20165/24
- ONDANSETRON EBEWE 4 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20140/03
- ONDANSETRON EBEWE 4 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-20140/02
- ONDANSETRON EBEWE 8 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20140/06
- ONDANSETRON EBEWE 8 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-20140/07
- ONDANSETRON PLIVA 8 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-10160/08
- ONDANSETRON SANDOZ 4 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-10590/01
- ONDANSETRON SANDOZ 8 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-10591/01
- ZOFRAN 16 MG VÉGBÉLKÚP	5x	OGYI-T-06559/02
- ZOFRAN 4 MG FILMTABLETTA	15x	OGYI-T-02114/01
- ZOFRAN 8 MG FILMTABLETTA	15x	OGYI-T-02115/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- GRANIGEN 1 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-20286/01
- KYTRIL 1 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-04057/02
- NAVOBAN 5 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x	OGYI-T-02086/01

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

EÜ100 8/n3.**Támogatott indikációk:**

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

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

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

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- EMEND 125 MG+80 MG KEMÉNY KAPSZULA	1x(125 mg)+2x(80 mg)	EU/1/03/262/006

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

EÜ100 8/o.**Támogatott indikációk:**

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

A javaslatot kiállító és a gyógyszer 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
- MEGACE BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x240 ml	OGYI-T-06416/01
- MEGESIN 160 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-08538/02

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

EÜ100 8/p.

Támogatott indikációk:

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

A javaslatot kiállító és a gyógyszer 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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- MEGACE BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	1x240 ml	OGYI-T-06416/01
- MEGESIN 160 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-08538/02

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

EÜ100 8/r.

Támogatott indikációk:

- III-IV. stádiumú folliculáris lymphoma indukciós vagy fenntartó kezelése
- CD20 pozitív, diffúz, nagy B-sejtes non-Hodgkin lymphoma kezelése

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- MABTHERA 100 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	2x injekciós üveg/csomag	EU/1/98/067/001
- MABTHERA 500 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x injekciós üveg	EU/1/98/067/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C82, C833

EÜ100 8/s.

Támogatott indikációk:

- Rituximabbal kezelt visszaeső vagy terápiaerezisztens CD20+follicularis B-sejtes non-Hodgkin lymphoma

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ZEVALIN 1,6 MG/ML KÉSZLET RADIOAKTÍV INFÚZIÓHOZ	1x	EU/1/03/264/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C833

EÜ100 8/sz1.

Támogatott indikációk:

- B-sejtes chronicus lymphoid leukemia (CLL) kezelése, ha az alkiláló szerre, majd fludarabin tartalmú kezelésre refrakter
- B-sejtes chronicus lymphoid leukemia (CLL) kezelése, ha fludarabin kezelés utáni relapsusban a remisszió 6 hónapnál rövidebb ideig állt fenn

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- MABCAMPATH 10 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	3x(ampulla)	EU/1/01/193/001
- MABCAMPATH 30 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	3x(injekciós üveg)	EU/1/01/193/002

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

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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- FLUDARA 10 MG FILMTABLETTA	15x	OGYI-T-08272/01
- FLUDARA 10 MG FILMTABLETTA	20x	OGYI-T-08272/02

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

vált. **EÜ100 8/t.**

Támogatott indikációk:

- Kit (CD117) pozitív, nem műthető, illetve metasztatikus malignus gastrointestinalis stromalis daganatban (GIST)

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	Sugárterápia	javaslatra írhat

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

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

vált. **EÜ100 8/u.**

Támogatott indikációk:

- Aktív, előrehaladott myeloma multiplexben, ha a beteg korábban legalább egy gyógyszeres kezelésen átesett, és már részesült csontvelő transzplantációban, vagy transzplantációra alkalmatlan, a betegség relapszusa vagy progressziója esetén a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll szerint
- Aktív, előrehaladott myeloma multiplexben, korábban nem kezelt, csontvelőtranszplantációra és nagy dózisú kemoterápiás kezelésre alkalmatlan betegek részére kombinációs terápia részeként a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll szerint

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- VELCADE 3,5 MG POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1db injekciós üveg/doboz (38,5 mg por)	EU/1/04/274/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C900

EÜ100 9/a.

Támogatott indikációk:

- Cisztás fibrózis (mucoviscidosis)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gastroenterológia	javasolhat és írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermek gasztroenterológia	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CIFRAN 250 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-07560/01
- CIFRAN 750 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-07562/01
- CIPROFLOXACIN-RATIOPHARM 250 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-08948/01
- CIPROFLOXACIN-RATIOPHARM 500 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-08948/02
- CIPROLEN 250 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-09813/01
- CIPRUM 250 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-09804/01
- CIPRUM 500 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-09804/03
- CIPRUM 750 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-09804/04
- CYDONIN 250 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-08775/01
- CYDONIN 500 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-08776/01
- FLUIMUCIL 100 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x3 ml	OGYI-T-04951/01
- KREON 10.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	20x	OGYI-T-04231/08
- KREON 10.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-04231/09
- KREON 25.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-04231/03
- KREON 25.000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	50x	OGYI-T-04231/02
- PANZYTRAT 25000 EGYSÉG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	100x	OGYI-T-04197/03
- SPUTOPUR 200 MG KAPSZULA	30x	OGYI-T-03795/01

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

EÜ100 9/b.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Gyermektüdőgyógyászat	írhat
Kijelölt intézmény	Tüdőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- BRAMITOB 300 MG/4 ML OLDAT PORLASZTÁSRA	56x	OGYI-T-20324/03
- COLOMYCIN 1 000 000 NE POR OLDATOS INJEKCIÓHOZ, INFÚZIÓHOZ VAGY INHALÁCIÓS OLDATHOZ	10x	OGYI-T-10049/01
- PULMOZYME 2,5 MG OLDAT PORLASZTÁSRA	30x	OGYI-T-04562/01
- TOBI 300 MG/5 ML OLDAT PORLASZTÁSRA	56x5 ml	OGYI-T-08707/01

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

EÜ100 10/a1.

Támogatott indikációk:

- Schizophrenia, schizotipias és paranoid (delusiv) rendelleneségek

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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL DEPOT 200 MG INJEKCIÓ	10x1 ml	OGYI-T-01688/04
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/01
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/02
- DEPRAL TABLETTA	30x	OGYI-T-03826/01
- FLUANXOL DEPOT 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	10x1 ml	OGYI-T-01106/01
- HALOPERIDOL DECANOAT INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-03334/04
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x	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 DEPOT 25 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-01350/01

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

EÜ100 10/a2.

Támogatott indikációk:

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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- AMIPRID 200 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20161/01
- AMIPRID 200 MG TABLETTA	90x	OGYI-T-20161/03
- AMIPRID 400 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20161/02
- AMISULPRID-RATIOPHARM 200 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20491/01
- AMISULPRID-RATIOPHARM 200 MG TABLETTA	60x	OGYI-T-20491/02
- AMITREX 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08231/01
- AMITREX 100 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x60 ml	OGYI-T-08231/10
- AMITREX 200 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-08231/04
- AMITREX 200 MG TABLETTA	90x	OGYI-T-08231/06
- AMITREX 400 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-08231/07
- AMITREX 400 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-08231/08
- ASULPAN 100 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20326/02
- ASULPAN 200 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20326/03
- ASULPAN 400 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20326/04
- EQUEPIN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20882/02
- EQUEPIN 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20882/04
- EQUEPIN 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20882/01
- EQUEPIN 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20882/05
- HUNPERDAL-RICHTER 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/04
- HUNPERDAL-RICHTER 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/06
- HUNPERDAL-RICHTER 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/08
- HUNPERDAL-RICHTER 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/10
- KETILEPT 100 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/07
- KETILEPT 150 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/11
- KETILEPT 200 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/15
- KETILEPT 25 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/03
- KETILEPT 300 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/19
- KVENTIAX 100 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20471/16
- KVENTIAX 200 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20471/38
- KVENTIAX 25 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20471/07
- KVENTIAX 300 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20471/48
- LANTIAPIN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20550/05

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- LANTIAPIN 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20550/08
- LANTIAPIN 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20550/03
- LANTIAPIN 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20550/13
- NANTARID 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20545/05
- NANTARID 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20545/11
- NANTARID 25 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20545/01
- NANTARID 25 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20545/03
- NANTARID 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20545/14
- PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10211/03
- PERDOX 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10212/03
- PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	100 ml	OGYI-T-10212/06
- PERDOX 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10213/03
- PERDOX 2 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x	OGYI-T-10212/10
- PERDOX 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10214/03
- PERDOX 3 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x	OGYI-T-10212/14
- PERDOX 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10215/03
- PERDOX 4 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x	OGYI-T-10212/18
- QUETIAPIN BLUEFISH 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/02
- QUETIAPIN BLUEFISH 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/04
- QUETIAPIN BLUEFISH 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/01
- QUETIAPIN BLUEFISH 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/05
- QUETIAPIN PLIVA 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20591/02
- QUETIAPIN PLIVA 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20591/04
- QUETIAPIN PLIVA 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20591/01
- QUETIAPIN PLIVA 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20591/06
- QUETIAPIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20581/03
- QUETIAPIN SANDOZ 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20581/05
- QUETIAPIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20581/01
- QUETIAPIN SANDOZ 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20581/07
- QUETIAPINE ORION 100 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20360/04
- QUETIAPINE ORION 100 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20360/03
- QUETIAPINE ORION 200 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20360/06
- QUETIAPINE ORION 200 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20360/05
- QUETIAPINE ORION 25 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-20360/01
- QUETIAPINE ORION 25 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20360/02
- QUETIAPINE ORION 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20360/07
- QUETIAPINE VIPHARM 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20963/04
- QUETIAPINE VIPHARM 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20963/08
- QUETIAPINE VIPHARM 25 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20963/01
- QUETIAPINE VIPHARM 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20963/02
- QUETIAPINE VIPHARM 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20963/10
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 100 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20475/16
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 200 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20475/28

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 25 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20475/04
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 300 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20475/40
- QUETIAPIN-MYLAN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21163/36
- QUETIAPIN-MYLAN 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21163/60
- QUETIAPIN-MYLAN 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21163/12
- QUETIAPIN-MYLAN 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21163/84
- RESIRENTIN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20821/03
- RESIRENTIN 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20821/05
- RESIRENTIN 25 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20821/01
- RESIRENTIN 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20821/02
- RESIRENTIN 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20821/06
- RIPEDON 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/03
- RIPEDON 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/06
- RIPEDON 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/09
- RIPEDON 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/12
- RISPE-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/01
- RISPE-RATIOPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/02
- RISPE-RATIOPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/03
- RISPE-RATIOPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/04
- RISPERDAL 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100 ml	OGYI-T-08812/07
- RISPERIDON ORION 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	120 ml	OGYI-T-20727/01
- RISPERIDON VIPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/07
- RISPERIDON VIPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/11
- RISPERIDON VIPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/15
- RISPERIDON VIPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/22
- RISPERIDON-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10328/01
- RISPERIDON-RATIOPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10328/03
- RISPERIDON-RATIOPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10328/05
- RISPERIDON-RATIOPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10328/07
- RISPOLUX 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10112/03
- RISPOLUX 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10113/03
- RISPOLUX 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10114/03
- RISPOLUX 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10115/03
- 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
- ROSIPIN 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10573/06
- ROSIPIN 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10574/06
- ROSIPIN 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10575/06
- ROSIPIN 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10576/06
- SEROQUEL 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-05863/01
új - SETININ 150 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/al buborékfólia)	OGYI-T-20822/26

	Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új	- SETININ 200 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/al buborékfólia)	OGYI-T-20822/36
új	- SETININ 25 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/al buborékfólia)	OGYI-T-20822/06
új	- SETININ 300 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/al buborékfólia)	OGYI-T-20822/46
	- TORENDO Q-TAB 0,5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x	OGYI-T-20319/14
	- TORENDO Q-TAB 1 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x	OGYI-T-20319/16
	- TORENDO Q-TAB 2 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	60x	OGYI-T-20319/18
	- ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/02
	- ZIPERID 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/04
	- ZIPERID 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/06
	- ZIPERID 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/08
	- ZIPERID 6 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/10

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat

	Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
	- ABILIFY 15 MG TABLETTA	56x	EU/1/04/276/014
	- ABILIFY 30 MG TABLETTA	28x	EU/1/04/276/017
	- CLOZAPINE GEROT 100 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-09009/03
	- CLOZAPINE GEROT 100 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-09009/01
	- CLOZAPINE GEROT 25 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-09007/02
	- INVEGA 6 MG RETARD TABLETTA	28x(buborékfólia pvc/pctfe/al)	EU/1/07/395/006
	- INVEGA 9 MG RETARD TABLETTA	28x(buborékfólia pvc/pctfe/al)	EU/1/07/395/011
	- LEPONEX 100 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-00825/03
	- LEPONEX 100 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-00825/01
	- LEPONEX 25 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-00825/04
	- SERDOLECT 12 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-05605/02
	- SERDOLECT 16 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-05605/03
	- SERDOLECT 20 MG FILMTABLETTA	28x	OGYI-T-05605/04
	- SERDOLECT 4 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-05605/01
	- SEROQUEL XR 200 MG RETARD TABLETTA	60x	OGYI-T-05863/03
	- SEROQUEL XR 300 MG RETARD TABLETTA	60x	OGYI-T-05863/04
	- SEROQUEL XR 400 MG RETARD TABLETTA	60x	OGYI-T-05863/05
	- SEROQUEL XR 50 MG RETARD TABLETTA	60x	OGYI-T-05863/02

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- YPSILA 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20743/04
- YPSILA 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20743/06
- YPSILA 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20743/08
- ZELDOX 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x	OGYI-T-08818/03
- ZELDOX 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x	OGYI-T-08818/05
- ZELDOX 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x	OGYI-T-08818/07
- ZYPREXA VELOTAB 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/99/125/002
- ZYPREXA VELOTAB 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/99/125/003
- ZYPREXA VELOTAB 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/99/125/004
- ZYPREXA VELOTAB 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/99/125/001
- ZYPREXA 10 MG BEVONT TABLETTA	28x	EU/1/96/022/009
- ZYPREXA 10 MG BEVONT TABLETTA	56x	EU/1/96/022/010
- ZYPREXA 15 MG BEVONT TABLETTA	28x	EU/1/96/022/012
- ZYPREXA 20 MG BEVONT TABLETTA	28x	EU/1/96/022/014
- ZYPREXA 5 MG BEVONT TABLETTA	28x	EU/1/96/022/004
- ZYPREXA 7,5 MG BEVONT TABLETTA	56x	EU/1/96/022/006

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

EÜ100 10/a4.

Támogatott indikációk:

- Schizophrenia, schizotipias és paranoid (delusiv) rendellenessegok, a 10/a1.-10/a3. pontban felsorolt szerekre dokumentaltan per os kezeléssel nem kooperáló, csak második generációs antipszichotikumra reagáló pszichotikus beteg fenntartó kezelésére 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- RISPERDAL CONSTA 25 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla	OGYI-T-08812/01
- RISPERDAL CONSTA 37,5 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla	OGYI-T-08812/03
- RISPERDAL CONSTA 50 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla	OGYI-T-08812/05
- ZYPADHERA 210 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x210 mg por injekciós üvegben+1x3 ml oldószert	EU/1/08/479/001
- ZYPADHERA 300 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x300 mg por injekciós üvegben+1x3 ml oldószert	EU/1/08/479/002
- ZYPADHERA 405 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1x405 mg por injekciós üvegben+1x3 ml oldószert	EU/1/08/479/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- LITICARB 500 MG TABLETTA	20x	OGYI-T-04954/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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	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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL DEPOT 200 MG INJEKCIÓ	10x1 ml	OGYI-T-01688/04
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/01
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/02
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-03334/01
- HALOPERIDOL-RICHTER 2 MG/ML BELSŐLEGES OLDATOS CSEPPEK	1x10 ml	OGYI-T-03334/02
- HALOPERIDOL-RICHTER 5 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-03334/03

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): 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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Pszichiátria	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- EQUEPIN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20882/02
- EQUEPIN 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20882/04
- EQUEPIN 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20882/01
- EQUEPIN 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20882/05
- HUNPERDAL-RICHTER 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/04
- HUNPERDAL-RICHTER 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/06
- HUNPERDAL-RICHTER 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/08
- HUNPERDAL-RICHTER 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/10
- KETILEPT 100 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/07
- KETILEPT 150 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/11
- KETILEPT 200 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/15
- KETILEPT 25 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/03
- KETILEPT 300 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20056/19
- KVENTIAX 100 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20471/16
- KVENTIAX 200 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20471/38
- KVENTIAX 25 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20471/07
- KVENTIAX 300 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20471/48
- LANTIAPIN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20550/05
- LANTIAPIN 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20550/08
- LANTIAPIN 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20550/03
- LANTIAPIN 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20550/13
- NANTARID 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20545/05
- NANTARID 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20545/11
- NANTARID 25 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20545/01
- NANTARID 25 MG FILMTABLETTA	90x	OGYI-T-20545/03
- NANTARID 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20545/14
- PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10211/03
- PERDOX 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10212/03
- PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	100 ml	OGYI-T-10212/06
- PERDOX 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10213/03
- PERDOX 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10214/03
- PERDOX 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10215/03
- QUETIAPIN BLUEFISH 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/02
- QUETIAPIN BLUEFISH 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/04
- QUETIAPIN BLUEFISH 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/01
- QUETIAPIN BLUEFISH 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20892/05
- QUETIAPIN PLIVA 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20591/02
- QUETIAPIN PLIVA 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20591/04
- QUETIAPIN PLIVA 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20591/01

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- QUETIAPIN PLIVA 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20591/06
- QUETIAPIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20581/03
- QUETIAPIN SANDOZ 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20581/05
- QUETIAPIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20581/01
- QUETIAPIN SANDOZ 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20581/07
- QUETIAPINE ORION 100 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20360/04
- QUETIAPINE ORION 100 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20360/03
- QUETIAPINE ORION 200 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20360/06
- QUETIAPINE ORION 200 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20360/05
- QUETIAPINE ORION 25 MG FILMTABLETTA	10x	OGYI-T-20360/01
- QUETIAPINE ORION 25 MG FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-20360/02
- QUETIAPINE ORION 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20360/07
- QUETIAPINE VIPHARM 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20963/04
- QUETIAPINE VIPHARM 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20963/08
- QUETIAPINE VIPHARM 25 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20963/01
- QUETIAPINE VIPHARM 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20963/02
- QUETIAPINE VIPHARM 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20963/10
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 100 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20475/16
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 200 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20475/28
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 25 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20475/04
- QUETIAPINE-RATIOPHARM 300 MG FILMTABLETTA	60x(buborékfóliában)	OGYI-T-20475/40
- QUETIAPIN-MYLAN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21163/36
- QUETIAPIN-MYLAN 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21163/60
- QUETIAPIN-MYLAN 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21163/12
- QUETIAPIN-MYLAN 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-21163/84
- RESIRENTIN 100 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20821/03
- RESIRENTIN 200 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20821/05
- RESIRENTIN 25 MG FILMTABLETTA	30x	OGYI-T-20821/01
- RESIRENTIN 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20821/02
- RESIRENTIN 300 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20821/06
- RIPEDON 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/03
- RIPEDON 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/06
- RIPEDON 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/09
- RIPEDON 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/12
- RISPE-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/01
- RISPE-RATIOPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/02
- RISPE-RATIOPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/03
- RISPE-RATIOPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/04
- RISPERDAL 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100 ml	OGYI-T-08812/07
- RISPERIDON ORION 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	120 ml	OGYI-T-20727/01
- RISPERIDON VIPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/07
- RISPERIDON VIPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/11
- RISPERIDON VIPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/15

	Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
	- RISPERIDON VIPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/22
	- ROSIPIN 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10573/06
	- ROSIPIN 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10574/06
	- ROSIPIN 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10575/06
	- ROSIPIN 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10576/06
	- SEROQUEL 25 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-05863/01
új	- SETININ 150 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/al buborékfólia)	OGYI-T-20822/26
új	- SETININ 200 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/al buborékfólia)	OGYI-T-20822/36
új	- SETININ 25 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/al buborékfólia)	OGYI-T-20822/06
új	- SETININ 300 MG FILMTABLETTA	60x(pvc/al buborékfólia)	OGYI-T-20822/46
	- ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/02
	- ZIPERID 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/04
	- ZIPERID 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/06
	- ZIPERID 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/08
	- ZIPERID 6 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/10

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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
- YPSILA 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20743/04
- YPSILA 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20743/06
- YPSILA 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x	OGYI-T-20743/08
- ZELDOX 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x	OGYI-T-08818/03
- ZELDOX 60 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x	OGYI-T-08818/05
- ZELDOX 80 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x	OGYI-T-08818/07
- ZYPREXA VELOTAB 10 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/99/125/002
- ZYPREXA VELOTAB 15 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/99/125/003
- ZYPREXA VELOTAB 20 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/99/125/004
- ZYPREXA VELOTAB 5 MG SZÁJBAN DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/99/125/001
- ZYPREXA 10 MG BEVONT TABLETTA	28x	EU/1/96/022/009

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- ZYPREXA 10 MG BEVONT TABLETTA	56x	EU/1/96/022/010
- ZYPREXA 15 MG BEVONT TABLETTA	28x	EU/1/96/022/012
- ZYPREXA 20 MG BEVONT TABLETTA	28x	EU/1/96/022/014
- ZYPREXA 5 MG BEVONT TABLETTA	28x	EU/1/96/022/004
- ZYPREXA 7,5 MG BEVONT TABLETTA	56x	EU/1/96/022/006

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	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/01
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/02
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x	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): F060, F061, F062

EÜ100 10/c2.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- HUNPERDAL-RICHTER 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/04
- HUNPERDAL-RICHTER 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/06
- HUNPERDAL-RICHTER 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/08

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- HUNPERDAL-RICHTER 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/10
- PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10211/03
- PERDOX 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10212/03
- PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	100 ml	OGYI-T-10212/06
- PERDOX 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10213/03
- PERDOX 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10214/03
- PERDOX 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10215/03
- RIPEDON 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/03
- RIPEDON 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/06
- RIPEDON 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/09
- RIPEDON 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/12
- RISPE-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/01
- RISPE-RATIOPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/02
- RISPE-RATIOPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/03
- RISPE-RATIOPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/04
- RISPERDAL 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100 ml	OGYI-T-08812/07
- RISPERIDON ORION 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	120 ml	OGYI-T-20727/01
- RISPERIDON VIPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/07
- RISPERIDON VIPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/11
- RISPERIDON VIPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/15
- RISPERIDON VIPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/22
- 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
- ROSIPIN 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10573/06
- ROSIPIN 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10574/06
- ROSIPIN 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10575/06
- ROSIPIN 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10576/06
- ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/02
- ZIPERID 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/04
- ZIPERID 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/06
- ZIPERID 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/08

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

EÜ100 10/d1.

Támogatott indikációk:

- Mentális retardáció diagnózisa esetén a magatartászavarok kezelése

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Gyermek- és ifjúsági pszichiátria	javasolhat és írhat

2010.07.01

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- CISORDINOL 10 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/01
- CISORDINOL 25 MG FILMTABLETTA	50x	OGYI-T-01688/02
- HALOPERIDOL-RICHTER 1,5 MG TABLETTA	50x	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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- HUNPERDAL-RICHTER 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/04
- HUNPERDAL-RICHTER 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/06
- HUNPERDAL-RICHTER 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/08
- HUNPERDAL-RICHTER 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20308/10
- PERDOX 0,5 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10211/03
- PERDOX 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10212/03
- PERDOX 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	100 ml	OGYI-T-10212/06
- PERDOX 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10213/03
- PERDOX 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10214/03
- PERDOX 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10215/03
- RIPEDON 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/03
- RIPEDON 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/06
- RIPEDON 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/09
- RIPEDON 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20691/12
- RISPE-RATIOPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/01
- RISPE-RATIOPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/02
- RISPE-RATIOPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/03

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- RISPE-RATIOPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10317/04
- RISPERDAL 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x100 ml	OGYI-T-08812/07
- RISPERIDON ORION 1 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	120 ml	OGYI-T-20727/01
- RISPERIDON VIPHARM 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/07
- RISPERIDON VIPHARM 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/11
- RISPERIDON VIPHARM 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/15
- RISPERIDON VIPHARM 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20254/22
- ROSIPIN 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10573/06
- ROSIPIN 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10574/06
- ROSIPIN 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10575/06
- ROSIPIN 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-10576/06
- ZIPERID 1 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/02
- ZIPERID 2 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/04
- ZIPERID 3 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/06
- ZIPERID 4 MG FILMTABLETTA	60x	OGYI-T-20253/08

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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	Gyermekneurológia	írhat
Megkötés nélkül	Neurológia	írhat
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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- CONVULEX SZIRUP GYERMEKEKNEK	100 ml	OGYI-T-01114/01
- CONVULEX 300 MG KAPSZULA	100x	OGYI-T-01113/02
- CONVULEX 300 MG KAPSZULA	60x	OGYI-T-01113/01
- DEPAKINE 50 MG/ML SZIRUP	150 ml	OGYI-T-05527/02
- DIPHEDAN TABLETTA	25x	OGYI-T-12750/01
- NEUROTOP 200 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-01863/01
- NEUROTOP 600 MG RETARD TABLETTA	50x	OGYI-T-01480/01
- STAZEPINE 200 MG TABLETTA	50x	OGYI-T-20578/01
- TEGRETOL 100 MG/5 ML BELSŐLEGES SZUSZPENZIÓ	100 ml	OGYI-T-05833/04

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

EÜ100 12.**Támogatott indikációk:**

- Amyotrophias lateral sclerosis klinikailag és electromyographias (EMG) vizsgálattal dokumentált eseteiben

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Neurológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- RILUTEK 50 MG FILMTABLETTA	56x	EU/1/96/010/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): G122

EÜ100 13/a1.**Támogatott indikációk:**

- Diabetes insipidus

A javaslatot kiállító és a gyógyszer 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- MINIRIN 0,1 MG/ML OLDATOS ORRSPRAY	1x5 ml	OGYI-T-05644/11
- NOCUTIL 0,1 MG/ML OLDATOS ORRSPRAY	5 ml	OGYI-T-06796/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E232

EÜ100 13/a2.**Támogatott indikációk:**

- Diabetes insipidus, desmopressin hatóanyagú orrcsepp igazolt hatástalansága esetén

A javaslatot kiállító és a gyógyszer 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- MINIRIN 0,1 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-05643/01
- MINIRIN 0,2 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-05644/01
- NOCUTIL 0,1 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20088/01
- NOCUTIL 0,2 MG TABLETTA	30x	OGYI-T-20088/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E232

EÜ100 14.

Támogatott indikációk:

- Velezületett mellékvese hypoplasia 18 éves korig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Megkötés nélkül	Csecsemő-gyermekgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ASTONIN H 0,1 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-01533/01
- CORTEF 10 MG TABLETTA	100x	OGYI-T-09856/01
- PREDNISOLON 5 MG TABLETTA	100x bliszterben	OGYI-T-03091/03
- PREDNISOLON 5 MG TABLETTA	20x bliszterben	OGYI-T-03091/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): Q891

EÜ100 15/a.

Támogatott indikációk:

- Kortikoszteroid kezelésre rezisztens gyermekkori nephrosis szindróma esetén

A javaslatot kiállító és a gyógyszerert 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ENDOXAN BEVONT TABLETTA	50x	OGYI-T-04534/03
- SANDIMMUN NEORAL 10 MG KAPSZULA	60x	OGYI-T-04200/02
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG/ML IVÓOLDAT	50 ml	OGYI-T-04200/01
- SANDIMMUN NEORAL 25 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/03
- SANDIMMUN NEORAL 50 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/04

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

EÜ100 15/b.**Támogatott indikációk:**

- Kortikoszteroid kezelésre rezisztens nephrosis szindróma esetén

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- SANDIMMUN NEORAL 10 MG KAPSZULA	60x	OGYI-T-04200/02
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/05
- SANDIMMUN NEORAL 100 MG/ML IVÓOLDAT	50 ml	OGYI-T-04200/01
- SANDIMMUN NEORAL 25 MG KAPSZULA	50x	OGYI-T-04200/03
- SANDIMMUN NEORAL 50 MG KAPSZULA	50x	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	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- FANTOMALT	400 g	220
- LOPROFIN	27x200 ml	722
- LOPROFIN ALACSONY FEHÉRJETARTALMÚ TEJHELYETTESÍTŐ ITAL SPECIÁLIS TÁPSZER	200 ml	722
- MAYDIS AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.
- MILUPA LP DRINK	400 g	111
- MILUPA LP DRINK CSOKOLÁDÉ ÍZESÍTÉSŰ	375 g	871
- MILUPA LP FRUITY ALMÁS BANÁNOS ÍZESÍTÉSŰ	300 g	455

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- MILUPA LP FRUITY KÖRTÉS ÍZESÍTÉSÜ	300 g	110
- SOLANI AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.
- TRITICI AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 gyógyszerert 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- EASIPHEN TRÓPUSI GYÜMÖLCS ÍZÜ	18x250 ml	728
- EASIPHEN TRÓPUSI GYÜMÖLCSÖK ÍZÜ SPECIÁLIS TÁPSZER	250 ml	728
- LOPHLEX LQ CITRUS ÍZÜ	125 ml	726
- LOPHLEX LQ CITRUS ÍZÜ	30x125 ml	726
- LOPHLEX LQ GYÜMÖLCS ÍZÜ	125 ml	724
- LOPHLEX LQ GYÜMÖLCS ÍZÜ	30x125 ml	724
- LOPHLEX LQ NARANCS ÍZÜ	30x125 ml	725
- MAXAMAID XP	500 g	166
- MAXAMUM XP	500 g	167
- MILUPA PKU 1	500 g	112
- MILUPA PKU 1 MIX MILUPAN	1000 g	332
- MILUPA PKU 2	500 g	113
- MILUPA PKU 2 AKTIVA PARADICSOM ÍZESÍTÉSÜ	450 g	731
- MILUPA PKU 2 MIX	400 g	531
- MILUPA PKU 3	500 g	114
- MILUPA PKU 3 AKTIVA PARADICSOM ÍZESÍTÉSÜ	450 g	732
- P-AM MATERNAL	500 g	251
- P-AM 1	500 g	248
- P-AM 2	500 g	1012
- P-AM 3	500 g	1011
- PKU ANAMIX INFANT	400 g	1114

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- PKU ANAMIX JUNIOR LQ ERDEI GYÜMÖLCS ÍZŰ	36x125ml	1134
- PKU ANAMIX JUNIOR LQ NARANCS ÍZŰ	36x125ml	1135
- SINEPHE BASIC	500 g	682
- SINEPHE 1	500 g	683

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E700, E701

EÜ100 18.

Támogatott indikációk:

- Igazolt és dokumentált galactosaemia, 6 éves korig

A javaslatot kiállító és a gyógyszerert 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- HUMANA SL	650 g	215
- MILUPA PREGOMIN	400 g	899
- MILUPA PREGOMIN	450 g	1055
- MILUPA SOM GYÜMÖLCSÖS SZÓJAPÉP	500 g	109
- MILUPA SOM GYÜMÖLCSÖS SZÓJAPÉP	600 g	109
- NUTRILON SOYA PLUS 2	400 g	272
- NUTRILON SOYA 1	400 g	132
- PEPTI-JUNIOR	450 g	134
- SIMILAC ISOMIL	400 g	1056

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E742

EÜ100 19.

Támogatott indikációk:

- Szövettanilag igazolt és dokumentált glutén túlérzékenység, 18 éves korig

A javaslatot kiállító és a gyógyszerert 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- MAYDIS AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.
- SOLANI AMYLUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K900

EÜ100 20.

Támogatott indikációk:

- Glucose-galactose malabsorptio

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- FRUCTOSUM	1000 g	Ph. Hg. VIII.

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E743

EÜ100 21/a.

Támogatott indikációk:

- Anyatej hiánya esetén, annak pótlására 2500 g testsúly alatti kis testtömegű újszülöttnek, illetve koraszülöttnek 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ALPREM	400 g	206
- MILDIBÉ PRE	500 g (2x250 g)	22
- MILUPA NENATAL (NENATAL)	400 g	135

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): P071

EÜ100 22.**Támogatott indikációk:**

- Terhes anyák részére, szerológiailag 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ROVAMYCINE 1,5 MILLIÓ NE FILMTABLETTA	16x	OGYI-T-01237/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): B589

új **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 szakorvosa	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új - BARACLUDGE 0,05 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT	1x210 ml (palack)+adagolókanál	EU/1/06/343/005
új - BARACLUDGE 0,5 MG FILMTABLETTA	30x1 (buborékfólia)	EU/1/06/343/003
új - HEPSERA 10 MG TABLETTA	30x	EU/1/03/251/001
új - INTRONA 18 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/031
új - INTRONA 30 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/034
új - INTRONA 60 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/037
új - PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x	EU/1/02/221/005
új - PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4x	EU/1/02/221/006
új - PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x	EU/1/02/221/007
új - PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4x	EU/1/02/221/008
új - ROFERON-A 3 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5 ml	OGYI-T-06145/01

	Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új	- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	12x0,5 ml	OGYI-T-06145/03
új	- ROFERON-A 3 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	6x0,5 ml	OGYI-T-06145/02
új	- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5 ml	OGYI-T-06145/04
új	- ROFERON-A 6 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	12x0,5 ml	OGYI-T-06145/06
új	- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x0,5 ml	OGYI-T-06145/07
új	- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	12x0,5 ml	OGYI-T-06145/09
új	- ROFERON-A 9 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	6x0,5 ml	OGYI-T-06145/08
új	- ZEFFIX 100 MG FILMTABLETTA	28x	EU/1/99/114/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): B180, B181

új EÜ100 23/b.

Támogatott indikációk:

- Krónikus aktív hepatitis C kezelésére - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény szakorvosa	Megkötés nélkül	írhat

	Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új	- COPEGUS 200 MG FILMTABLETTA	168x	OGYI-T-08860/02
új	- COPEGUS 200 MG FILMTABLETTA	42x	OGYI-T-08860/01
új	- EGIFERON 3X10 ⁶ NE POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	10 porampulla+10 oldószer ampulla	OGYI-T-03892/01
új	- INTRONA 18 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/031
új	- INTRONA 30 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/034
új	- INTRONA 60 MILLIÓ NE TÖBBADAGOS INJEKCIÓ INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 12 injekciós tű és 12 törülőkendő	EU/1/99/127/037
új	- PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x	EU/1/02/221/005
új	- PEGASYS 135 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4x	EU/1/02/221/006
új	- PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	1x	EU/1/02/221/007
új	- PEGASYS 180 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4x	EU/1/02/221/008
új	- PEGINTRON 100 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 1 injekciós tű és 2 törülőkendő	EU/1/00/131/039
új	- PEGINTRON 100 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4 injekciós toll, 4 injekciós tű és 8 törülőkendő	EU/1/00/131/040
új	- PEGINTRON 120 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 1 injekciós tű és 2 törülőkendő	EU/1/00/131/043

Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
új - PEGINTRON 120 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4 injekciós toll, 4 injekciós tű és 8 törlőkendő	EU/1/00/131/044
új - PEGINTRON 150 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 1 injekciós tű és 2 törlőkendő	EU/1/00/131/047
új - PEGINTRON 150 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4 injekciós toll, 4 injekciós tű és 8 törlőkendő	EU/1/00/131/048
új - PEGINTRON 80 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1 injekciós toll, 1 injekciós tű és 2 törlőkendő	EU/1/00/131/035
új - PEGINTRON 80 MIKROGRAMM POR ÉS OLDÓSZER INJEKCIÓHOZ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4 injekciós toll, 4 injekciós tű és 8 törlőkendő	EU/1/00/131/036
új - REBETOL 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	168x	EU/1/99/107/003
új - REBETOL 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	84x	EU/1/99/107/001
új - ROFERON-A 3 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,5 ml	OGYI-T-06145/01
új - ROFERON-A 3 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	12x0,5 ml	OGYI-T-06145/03
új - ROFERON-A 3 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x0,5 ml	OGYI-T-06145/02
új - ROFERON-A 6 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,5 ml	OGYI-T-06145/04
új - ROFERON-A 6 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	12x0,5 ml	OGYI-T-06145/06
új - ROFERON-A 9 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,5 ml	OGYI-T-06145/07
új - ROFERON-A 9 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	12x0,5 ml	OGYI-T-06145/09
új - ROFERON-A 9 MILLIÓ NE/0,5 ML ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x0,5 ml	OGYI-T-06145/08

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): B182

EÜ100 24.

Támogatott indikációk:

- Szövettanilag igazolt, más gyógyszeres kezelésre nem reagáló endometriosis

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Szülészeti-nőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszereelés	Törzskönyvi szám
- DECAPEPTYL DEPOT POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla+1x1 ml	OGYI-T-05310/01
- DIPHERELINE SR 3,75 MG POR ÉS OLDÓSZER SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla+1 oldószer ampulla	OGYI-T-08169/01
- LUCRIN PDS DEPOT 3,75 MG INJEKCIÓ	1x	OGYI-T-10040/01
- ZOLADEX DEPOT 3,6 MG IMPLANTÁTUM ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x	OGYI-T-01976/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): N809

vált. EÜ100 25.

Támogatott indikációk:

- Hereditær angiooedema akut rohamainak kezelésére és megelőzésére.

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 EGYSÉG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla+1 oldószer ampulla	OGYI-T-05953/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): D841

vált. EÜ100 26/a.

Támogatott indikációk:

- Rheumatoid arthritis (több mint 4 ACR kritérium legalább 3 hónapja) kezelésére, amennyiben 3 hónapig alkalmazott kombinációs DMARD kezelés ellenére (beleértve a metotrexatot, vagy hatástalanság, intolerancia esetén a leflunomid alkalmazást is) a betegség aktivitása 5,1 DAS28 felett van (DAS28 = módosított Disease Activity Score) 3 hónapig - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Megfelelő válaszkészség esetén (DAS28 aktivitási index csökkenése 3 hónap kezelést követően minimum 0,6 és 6 hónap kezelést követően minimum 1,2) a remisszió fennállásáig (készítményváltás lehetséges mellékhatás vagy hatásvesztés esetén) - 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	Reumatológia	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- CIMZIA 200 MG OLDATOS INJEKCIÓ	2 előretöltött fecskendő+2 alkoholos törlő	EU/1/09/544/001
- ENBREL 25 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4 előretöltött fecskendő+8 törlőkendő	EU/1/99/126/013
- ENBREL 25 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	4 injekciós üveg+4 előretöltött fecskendő+4 tű+4 injekciós üveg feltét+8 törlőkendő	EU/1/99/126/003
- ENBREL 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4 előretöltött fecskendő+8 törlőkendő	EU/1/99/126/017
- ENBREL 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4 db előretöltött injekciós toll + 8 db alkoholos törlőkendő	EU/1/99/126/020

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ENBREL 50 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	4 injekciós üveg+4 előretöltött fecskendő+4 tû+4 injekciós üveg feltét+8 törölkendő	EU/1/99/126/010
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN)	2x0,8 ml előretöltött fecskendő+2 alkoholos törölkendő	EU/1/03/256/003
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN)	2x0,8 ml előretöltött injekciós toll+2 alkoholos törölkendő buborékfóliában	EU/1/03/256/008
- REMICADE 100 MG POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ VALÓ KONCENTRÁTUMHOZ	1x	EU/1/99/116/001
- ROACTEMRA 20 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x20 ml	EU/1/08/492/005
- ROACTEMRA 20 MG/ML KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x4 ml	EU/1/08/492/001
- SIMPONI 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1 előretöltött injekciós toll	EU/1/09/546/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M059, M060, M069

vált. EÜ100 26/b.

Támogatott indikációk:

- Juvenilis idiopáthiás arthritis poliartikuláris típusainak kezelésére, amennyiben konvencionális kezelés ellenére legalább 5 ízület duzzadt és legalább további 3 mozgáskorlátozott, fájdalmas vagy érzékeny, 3 hónapig - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Megfelelő válaszkészség esetén (Giannini javulási kritérium mértéke 30%-nál magasabb) az aktivitás rendszeres kontrollja mellett a remisszió fennállásáig - 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	Reumatológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ENBREL 25 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4 előretöltött fecskendő+8 törölkendő	EU/1/99/126/013
- ENBREL 25 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	4 injekciós üveg+4 előretöltött fecskendő+4 tû+4 injekciós üveg feltét+8 törölkendő	EU/1/99/126/003
- ENBREL 25 MG/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ GYERMEKEK RÉSZÉRE	4 injekciós üveg+4 előretöltött fecskendő+8 üres műanyag fecskendő+20 injekciós tû+24 törölkendő	EU/1/99/126/012
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN)	2x0,8 ml előretöltött fecskendő+2 alkoholos törölkendő	EU/1/03/256/003
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN)	2x0,8 ml előretöltött injekciós toll+2 alkoholos törölkendő buborékfóliában	EU/1/03/256/008

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M0800

vált. EÜ100 26/c.

Támogatott indikációk:

- Súlyos rheumatoid arthritis kezelésére, amennyiben előzetes, legalább három hónapig tartó TNF-alfa gátló terápia ellenére a betegség aktivitása megfelelően nem csökken (aktivitási index csökkenés kevesebb, mint 1,2) a remisszió fennállásáig - 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	Reumatológia	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- MABTHERA 500 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x injekciós üveg	EU/1/98/067/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M059, M060, M069

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	1x100 ml	EU/1/05/308/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M889

EÜ100 28.

Támogatott indikációk:

- 12-45 éves kor közötti, allergiás etiológiájú (IgE szintjük >76 IU/ml, és bőrpróbával vagy in vitro meghatározással szérumban specifikus IgE detektálható környezeti, inhalatív allergének ellen), súlyos asthma bronchialeban szenvedő betegeknek, akiknek asztmája nagy dózisu inhalációs szteroid és hosszú hatású beta-2-agonista terápia ellenére nem kontrollált, és gyakoriak (dokumentáltan legalább 4/év) a súlyos, szisztémás szteroid kezelésre szoruló exacerbációik. A terápia eredményességét az asthma-kontroll mértékének ellenőrzésével a szteroidra szoruló exacerbációk számának csökkenése alapján értékelni kell.

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény szakorvosa	Tüdőgyógyászat	javasolhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Gyermecktüdőgyógyászat	javaslatra írhat
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Tüdőgyógyászat	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 4 hónap.

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszereles	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

vált. EÜ100 29/a.

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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképzésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ARANESP 150 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN (0,3 ML)	1x bliszter nélkül	EU/1/01/185/042
- ARANESP 150 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (0,3 ML)	1x	EU/1/01/185/054
- ARANESP 300 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN (0,6 ML)	1x bliszter nélkül	EU/1/01/185/043
- ARANESP 300 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (0,6 ML)	1x	EU/1/01/185/055
- ARANESP 500 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN (1 ML)	1x bliszter nélkül	EU/1/01/185/044
- ARANESP 500 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN (1 ML)	1x	EU/1/01/185/056
- BINOCRIT 10000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x1,0 ml előretöltött fecskendő	EU/1/07/410/016
- BINOCRIT 40000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x1,0 ml előretöltött fecskendő	EU/1/07/410/025
- EPORATIO 10000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6xelőretöltött fecskendő	EU/1/09/573/015
- EPORATIO 20000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4xelőretöltött fecskendő	EU/1/09/573/019
- EPORATIO 30000 NE/1 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4xelőretöltött fecskendő	EU/1/09/573/025
- EPREX 10 000 NE OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x1,0 ml	OGYI-T-07523/05
- EPREX 30 000 NE OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x0,75 ml	OGYI-T-07523/08
- EPREX 40 000 NE OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1x1,0 ml	OGYI-T-07523/06
- NEORECORMON 10000 NE OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6x	EU/1/97/031/036
- NEORECORMON 30000 NE/1.E. OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	4x	EU/1/97/031/046
- RETACRIT 10000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1xelőretöltött fecskendő	EU/1/07/431/015
- RETACRIT 10000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	6xelőretöltött fecskendő	EU/1/07/431/016

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- RETACRIT 20000 NE/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1xeloretöltött fecskendő	EU/1/07/431/017
- RETACRIT 30000 NE/0,75 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1xeloretöltött fecskendő	EU/1/07/431/018
- RETACRIT 40000 NE/1,0 ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	1xeloretöltött fecskendő	EU/1/07/431/019

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C34, C50, C56, C57, C62, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91

vált. EÜ100 30/a.

Támogatott indikációk:

- Dializált beteg részére, ha lágyszemeszesedése, 1,86 mmol/l-nál magasabb foszfor szintje, 2,5 mmol/l-nél magasabb korrigált kalcium szintje, 4,4 mmol²/l²-nél magasabb a kalcium és foszfor szorzata, 150-300 pg/ml közötti intakt parathormon szintje van, a csontanyagcsere-zavar, illetve életet veszélyeztető lágyszemeszesedés megelőzésére

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Nephrológia	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Nephrológia	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- FOSRENOL 1000 MG RÁGÓTABLETTA	90x	OGYI-T-20336/04
- FOSRENOL 500 MG RÁGÓTABLETTA	90x	OGYI-T-20336/02
- RENAGEL 800 MG FILMTABLETTA	1x180 tablettás üveg külső doboz nélkül	EU/1/99/123/012

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): Z491

EÜ100 31/a.

Támogatott indikációk:

- A felnőttkori idiopátiás pulmonalis arteriás hipertónia (IPAH) perzisztáló NYHA/WHO III-as funkcionális stádiumú eseteiben és sclerodermában kialakuló pulmonalis arteriás hipertóniában előzetesen szupportív szerekkel (antikoaguláns, diuretikum, digoxinnal) kezelt, vazoreaktivitást vazodilatátor teszttel nem mutató, vagy vazoreaktív, de kalcium csatorna-blokkoló kezelésre nem reagáló eseteiben

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Kardiológia	írhat
Kijelölt intézmény	Tüdőgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- REVATIO 20 MG FILMTABLETTA	90x	EU/1/05/318/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- TRACLEER 125 MG FILMTABLETTA	56x/doboz	EU/1/02/220/004
- TRACLEER 62,5 MG FILMTABLETTA	56x/doboz	EU/1/02/220/002
- VOLIBRIS 10 MG FILMTABLETTA	30x (buborékfólia pvc/pvdc/al)	EU/1/08/451/004
- VOLIBRIS 5 MG FILMTABLETTA	30x (buborékfólia pvc/pvdc/al)	EU/1/08/451/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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 szerekekkel (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 sönthöz 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- TRACLEER 125 MG FILMTABLETTA	56x/doboz	EU/1/02/220/004
- TRACLEER 62,5 MG FILMTABLETTA	56x/doboz	EU/1/02/220/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): I2700, M3480, Q2180

EÜ100 31/d.**Támogatott indikációk:**

- Felnőttkori idiopátiás pulmonalis arteriás hipertóniában (IPAH) szenvedő betegek részére, amennyiben legalább 3 hónapos sildenafil alkalmazás, majd ezt követő legalább 3 hónapos bosentan kezelés során a terápiás válasz nem volt megfelelő (perzisztáló NYHA/WHO III-as funkcionális stádiumú IPAH), a felsorolt két hatóanyag helyett a kedvező terápiás hatás fennállásáig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Kardiológia	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- VENTAVIS 10 MIKROGRAMM/ML INHALÁCIÓS OLDAT	168x	EU/1/03/255/005

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): I2700

EÜ100 32.

Támogatott indikációk:

- Essentialis thrombocytæmia 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	OGYI-T-09545/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D4730

EÜ100 33.

Támogatott indikációk:

- Krónikus veseelégtelenség mellett fellépő táplálkozási fehérjehiány esetén, amennyiben a GFR 25 ml/perc értéknél kevesebb, és az előírt fehérjebevitel maximum napi 40g, a diéta kiegészítéseként

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Nephrológia	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- KETOSTERIL FILMTABLETTA	100x	OGYI-T-04359/01
- KETOSTERIL FILMTABLETTA	300x	OGYI-T-04359/02

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo 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)	4 adag/üveg	EU/1/97/033/002
- AVONEX 30 MIKROGRAMM/0,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	4x	EU/1/97/033/003
- BETAFERON 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	12 x (1 db injekciós üveg + 1 db előre töltött fecskendő + 1 db túvel felszerelt adapter + 2 db alkoholos törlő)	EU/1/95/003/008
- BETAFERON 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x port tartalmazó injekciós üveg + 15x oldószert tartalmazó előretöltött fecskendő	EU/1/95/003/003
- BETAFERON 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x(1 db injekciós üveg+1 db előre töltött fecskendő+1 db túvel felszerelt adapter+2 db alkoholos törlő)	EU/1/95/003/005
- COPAXONE 20 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	28x1 ml	OGYI-T-09993/01
- EXTAVIA 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x(injekciós üveg+előretöltött fecskendő)	EU/1/08/454/002
- REBIF 44 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN	12x0,5 ml előretöltött fecskendő	EU/1/98/063/006

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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- BETA FERON 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	12 x (1 db injekciós üveg + 1 db előre töltött fecskendő + 1 db tüvel felszerelt adapter + 2 db alkoholos törölő)	EU/1/95/003/008
- BETA FERON 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x port tartalmazó injekciós üveg + 15x oldószert tartalmazó előretöltött fecskendő	EU/1/95/003/003
- BETA FERON 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x(1 db injekciós üveg+1 db előre töltött fecskendő+1 db tüvel felszerelt adapter+2 db alkoholos törölő)	EU/1/95/003/005
- EXTAVIA 250 MIKROGRAMM/ML POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	15x(injekciós üveg+előretöltött fecskendő)	EU/1/08/454/002

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): G35

vált. 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 szérum GH csúcskoncentráció igazolható (GH hiány mellett - prolactint leszámítva - még legalább egy hypophysis mellsőlebens 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 gyógyszerrel rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Endokrinológia	írhat
Kijelölt intézmény	Nephrológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- GENOTROPIN 12 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1 kétrekeszes patron	OGYI-T-02050/02
- GENOTROPIN 12 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	5 kétrekeszes patron	OGYI-T-02050/03
- GENOTROPIN 5,3 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	5 kétrekeszes patron	OGYI-T-02050/01
- HUMATROPE 18 NE (6 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	1 patron+1x3,15 ml oldószert fecskendőben	OGYI-T-05243/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- HUMATROPE 18 NE (6 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	5x	OGYI-T-05243/02
- HUMATROPE 36 NE (12 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	1 patron+1x3,15 ml oldószer fecskendőben	OGYI-T-05243/03
- HUMATROPE 36 NE (12 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	5x	OGYI-T-05243/04
- HUMATROPE 72 NE (24 MG) INJEKCIÓ PATRONBAN	1 patron+1x3,15 ml oldószer fecskendőben	OGYI-T-05243/05
- NORDITROPIN SIMPLEXX 10 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x1,5 ml	OGYI-T-07700/03
- NORDITROPIN SIMPLEXX 10 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x(1x1,5 ml)	OGYI-T-07700/04
- NORDITROPIN SIMPLEXX 15 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x1,5 ml	OGYI-T-07700/05
- NORDITROPIN SIMPLEXX 15 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x(1x1,5 ml)	OGYI-T-07700/06
- NORDITROPIN SIMPLEXX 5 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	1x1,5 ml	OGYI-T-07700/01
- NORDITROPIN SIMPLEXX 5 MG/1,5 ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x(1x1,5 ml)	OGYI-T-07700/02
- NUTROPINAQ 10 MG/2 ML (30 NE) OLDATOS INJEKCIÓ	1x2 ml patron	EU/1/00/164/003
- NUTROPINAQ 10 MG/2 ML (30 NE) OLDATOS INJEKCIÓ	3x2 ml patron	EU/1/00/164/004
- SAIZEN CLICK EASY 8 MG POR ÉS OLDÓSZER OLDATOS INJEKCIÓHOZ	1 porampulla+1 oldószer ampulla+injekciós készlet	OGYI-T-07358/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D3530, E23, E8930, N18, N19, Q96

vált. 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 gyógyszer rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

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

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C9210

vált. 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 gyógyszer rendelő orvos munkahelyére és szakképesítésére vonatkozó előírások:

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- SPRYCEL 100 MG FILMTABLETTA	30x(hdpe tartályban)	EU/1/06/363/010
- SPRYCEL 50 MG FILMTABLETTA	60x (hdpe palack)	EU/1/06/363/002
- SPRYCEL 70 MG FILMTABLETTA	60x (hdpe palack)	EU/1/06/363/003
- TASIGNA 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	112x(buborékcsomagolás pvc/pvdc/al)	EU/1/07/422/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C9210

EÜ100 36/c.

Támogatott indikációk:

- Újonnan diagnosztizált Philadelphia kromoszóma pozitív (Ph+) akut lymphoblastos leukémiás (ALL) felnőtt beteg kezelése kemoterápiával kiegészítve a betegség progressziójáig
- Recidivált vagy refrakter Ph+ ALL-es felnőtt beteg kezelésére monoterápiában a betegség progressziójáig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

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

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): C9100

vált. EÜ100 37/a.

Támogatott indikációk:

- Gastrointestinális stromából kiinduló (GIST), nem rezekálható vagy metasztatikusan malignus tumorok kezelése, amennyiben 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	Patológia	javasolhat
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	javaslatra írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- SUTENT 12,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x(hdpe palack)	EU/1/06/347/001
- SUTENT 25 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x(hdpe palack)	EU/1/06/347/002
- SUTENT 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x(hdpe palack)	EU/1/06/347/003

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

vált. 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- SUTENT 12,5 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x(hdpe palack)	EU/1/06/347/001
- SUTENT 25 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x(hdpe palack)	EU/1/06/347/002
- SUTENT 50 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x(hdpe palack)	EU/1/06/347/003
új - TORISEL 25 MG/ML KONCENTRÁTUM ÉS HÍGÍTÓ FOLYADÉK OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1xinjekciós üveg+1xinjekciós üveg	EU/1/07/424/001

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

vált. 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	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- NEXAVAR 200 MG FILMTABLETTA	112x	EU/1/06/342/001

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

EÜ100 38/a.

Támogatott indikációk:

- Krónikus vastűlterhelés, amennyiben transzfúzió okozta haemosiderosis, vagy idiopathiás (primer) haemochromatosis, vagy porphyria cutanea tardaival együttjáró vastűlterhelés 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

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Járóbeteg szakrendelés/Fekvőbeteg gyógyintézet	Nephrológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- DESFERAL 0,5 G POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ	10x	OGYI-T-01065/01

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E8010, E8310

EÜ100 38/b.

Támogatott indikációk:

- Krónikus vastúlterhelés kezelése 6 éves és idősebb, béta-thalassaemia majorban szenvedő betegnek, aki több mint 7 ml/kg/hónap vörösvértest-koncentrátumot kap, amennyiben a deferoxamin-kezelés ellenjavallt vagy elégtelen
- A 2-5 év közötti beteg számára, akinél a vastúlterhelés nem transzfúziós okú, hanem a vérszegénységgel együtt járó tartós haemolysis miatt alakul ki, amennyiben a deferoxamin-kezelés ellenjavallt vagy elégtelen
- A nagy mennyiségű (7 ml/tskg/hó-t elérő vagy meghaladó) vörösvértest-koncentrátumot igénylő, transzplantációs listára került myelodysplasia (MDS) szindrómás beteg részére, haemosiderosis kivédése céljából, amennyiben a deferoxamin-kezelés ellenjavallt vagy elégtelen

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény szakorvosa	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- EXJADE 500 MG DISZPERGÁLÓDÓ TABLETTA	28x	EU/1/06/356/005

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): D46, D5610

vált. 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 legalább 2 alkalommal meg kellett szakítani a szérum kalciumszint normál szint fölé emelkedése miatt ($Ca > 2,4$ mmol/l) vagy normokalcaemia 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
Kijelölt intézmény	Nephrológia	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ZEMPLAR 5 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ	5x1 ml	OGYI-T-09951/01

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

vált. EÜ100 39/b.

Támogatott indikációk:

- Végstádiumú veseelégtelenség fenntartó dialízisterápiája során kialakult szekunder hyperparathyreosis kezelése, amennyiben szérumszint iPTH 500-800 pg/ml között van, és a szérumszint Ca >2,4 mmol/l és a CaxP >4,44 mmol²/l², vagy a szérumszint iPTH>800 pg/ml és a mellékpajzsmirigy sebészeti eltávolítása kontraindikált

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Nephrológia	javasolhat és írhat
Kijelölt intézmény	Nephrológia	javaslatra írhat

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje korlátlan.

Termék név	Kiszérelés	Törzskönyvi szám
- MIMPARA 30 MG FILMTABLETTA	28x /2x14 buborécsomagolás/faltka rtón/	EU/1/04/292/002
- MIMPARA 60 MG FILMTABLETTA	28x /2x14 buborécsomagolás/faltka rtón/	EU/1/04/292/006

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

vált. EÜ100 40.

Támogatott indikációk:

- Lokálisan előrehaladott vagy metasztatikus, adenocarcinoma vagy bronchiolo-alveolaris carcinoma szövettanú, nem-kissejtes tüdőrákban, amennyiben legalább egyféle kemoterápiás kezelés ellenére a WHO-kritériumok szerint értékelt progresszió jelentkezik, és a K-ras mutációjának hiánya (vad típus) vagy az EGFR aktiváló mutációja genetikai vizsgálattal igazolt, legfeljebb a WHO-kritériumok szerinti további progresszióig

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat

Termék név	Kiszérelés	Törzskönyvi szám
- TARCEVA 100 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/05/311/002
- TARCEVA 150 MG FILMTABLETTA	30x	EU/1/05/311/003

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C3400, C3410, C3420, C3430, C3480, C3490

EÜ100 41.

Támogatott indikációk:

- Intermediar 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, intervenció radiológus, hepatológus és sebész szakorvos dokumentált közös döntése alapján, a WHO-kritériumok szerinti progresszióig

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
-----------	------------	-------------

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat

Termék név	Kiszerezés	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 közepes 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	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- OCTOSTIM 1,5 MG/ML OLDATOS ORRSPRAY	1x2,5 ml	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
Kijelölt intézmény	Endokrinológia	írhat
Kijelölt intézmény	Klinikai onkológia	írhat

Termék név	Kiszerezés	Törzskönyvi szám
- LYSODREN 500 MG TABLETTA	100x	EU/1/04/273/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): C7400

új EÜ100 44/a.

Támogatott indikációk:

- Felnőttkori súlyos luminaris Crohn-betegség (18 éves kor felett és CDAl>300) kezelésére, amennyiben az alkalmazott hagyományos (szteroid indukciós, majd 3 hónapos fenntartó immunszuppresszív) terápia ellenére a betegség aktivitása nem csökken - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Felnőttkori súlyos luminaris Crohn-betegség (18 éves kor felett és CDAl>300) kezelésére, amennyiben megfelelő (legalább 2 mg/ttkg, vagy a legmagasabb tolerált) dózisu azathioprin mellett is kialakult szisztémás szteroid függőség (3 hónapon túl szisztémásan 10 mg/nap dózisonál nagyobb prednisonon equivalentis dózis) - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Felnőttkori súlyos luminaris Crohn-betegség (18 éves kor felett és CDAl>300) kezelésére, szteroid rezisztencia (négy héten át alkalmazott 0,75 mg/ttkg prednisonon equivalentis szteroid dózison nem reagáló) esetekben - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Felnőttkori súlyos luminaris Crohn-betegség (18 éves kor felett és CDAl>300) kezelésére, amennyiben a hagyományos gyógykezelés toxicitása miatt nem alkalmazható a teljes indukciós kezelés időtartamáig - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Ezeket követően megfelelő válaszkészség esetén (CDAl minimum 70 pontos csökkenése) a kezelés kezdetétől számított legfeljebb egy éven át (mellékhatás, hatásvesztés vagy progresszió esetén a készítményváltás, illetve panaszmentes időszakot követő relapszus esetében a kezelés ismétlése megkísérélhető) - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Gastroenterológia	írhat

Termék név	Kiszérelés	Törzskönyvi szám
új - HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN)	2x0,8 ml előretöltött fecskendő+2 alkoholos törlőkendő	EU/1/03/256/003
új - HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN)	2x0,8 ml előretöltött injekciós toll+2 alkoholos törlőkendő buborékfóliában	EU/1/03/256/008
új - REMICADE 100 MG POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ VALÓ KONCENTRÁTUMHOZ	1x	EU/1/99/116/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): K5001, K5011, K5081

új EÜ100 44/b.

Támogatott indikációk:

- Felnőttkori (18 éves kor felett) komplex perianális (tályogot drenáló vagy magas trans-sphincterikus vagy többnyílású vagy rectovaginális komponensű vagy rektális gyulladással járó) vagy enterocutan fisztulával járó Crohn-betegség kezelésére, amennyiben legalább három hónapig alkalmazott hagyományos gyógykezelés (antibiotikum és immunszuppresszió és tályogot drenáló komplex fisztula esetében drenázs) ellenére a sipolyok aktivitása nem csökken, vagy a hagyományos gyógykezelés toxicitása miatt nem alkalmazható a teljes indukciós kezelés időtartamáig, ezt követően a megfelelő válaszkészség elérése esetében (PDAI legalább 3 pontos csökkenése) a kezelés kezdetétől számított egy évig (mellékhatás, hatásvesztés vagy progresszió esetében a készítményváltás lehetséges), ezt követően a teljes remissziót elérő betegekben, évente ismételt vizsgálómódszerekkel igazolt hatékonyság megtartásáig - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Gastroenterológia	írhat

	Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
új	- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT FECSEKENDŐBEN)	2x0,8 ml előretöltött fecskendő+2 alkoholos törlőkendő	EU/1/03/256/003
új	- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN)	2x0,8 ml előretöltött injekciós toll+2 alkoholos törlőkendő buborékfóliában	EU/1/03/256/008
új	- REMICADE 100 MG POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ VALÓ KONCENTRÁTUMHOZ	1x	EU/1/99/116/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K5012, K5082

vált. EÜ100 45.

Támogatott indikációk:

- Gyermekkorai súlyos, aktív lúminális Crohn-betegség (6-17 éves korig) kezelésére (PCDAI>30), - amennyiben legalább három hónapig alkalmazott hagyományos gyógykezelés (szteroid és immunszuppresszív terápia együttes alkalmazás) ellenére a betegség aktivitása igazoltan nem csökken, vagy a hagyományos gyógykezelés dokumentált toxicitás miatt nem alkalmazható - három hónapig, ezt követően megfelelő válaszkészség esetén (PCDAI 50%-os csökkenése) további kilenc hónapig (panaszmentes időszakot követő relapszus fellépésekor ismételt terápia megkísérelhető) - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján
- Súlyos aktív fisztulázó gyermekkorai Crohn-betegségben (6-17 éves korig) - amennyiben életminőséget nagymértékben rontó fisztula/fisztulák a hagyományos gyógykezelés (antibiotikum és immunszuppresszív terápia) ellenére nem javulnak - három hónapig, ezt követően megfelelő válaszkészség esetén (fisztula záródás, illetve fisztulák számának csökkenése esetén) további kilenc hónapig (panaszmentes időszakot követő relapszus fellépésekor ismételt terápia megkísérelhető) - 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
Kijelölt intézmény	Gastroenterológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- REMICADE 100 MG POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ VALÓ KONCENTRÁTUMHOZ	1x	EU/1/99/116/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K5001, K5011, K5081

vált. EÜ100 46.

Támogatott indikációk:

- Felnőttkori súlyos (18 éves kor felett, Mayo score nagyobb/egyenlo mint 9) colitis ulcerosa kezelésére, amennyiben a betegség akut lefolyású és 5 napon át alkalmazott teljes dózisu vénás szteroid kezelés mellett colectomia szükségessége fenyeget, vagy adekvát immunszuppresszió mellett (legalább 2 mg/ttkg vagy a legnagyobb tolerálható dózisu azathioprin) igazolt szisztémás szteroidfüggőség (3 hónapon túl szisztémásan nagyobb/egyenlo mint 10 mg/nap prednisolon eqvalens dózis) esetén a szteroid adagjának csökkenésekor relapszus (endoszkópos Mayo subscore nagyobb/egyenlo mint 2) igazolható, vagy 3 hónapon át tartó adekvát hagyományos (szteroid indukciós, majd 3 hónapos fenntartó immunszuppresszív) kezelésre nem reagáló súlyos betegségformában (Mayo score>9 és endoszkópos Mayo subscore nagyobb/egyenlo mint 2), három hónapig (fulmináns esetben egy alkalommal) ezt követően kizárólag megfelelő válaszkészség esetén (Mayo score minimum 3 pontos csökkenése) a kezelés kezdetétől számítva legfeljebb egy évig - 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
Kijelölt intézmény	Gastroenterológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- REMICADE 100 MG POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ VALÓ KONCENTRÁTUMHOZ	1x	EU/1/99/116/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): K5180, K5190

vált. EÜ100 47.

Támogatott indikációk:

- Spondylitis ankylopoeticában, amennyiben radiológiai legalább 2-es stádiumú bilaterális, vagy 3-as, 4-es stádiumú unilaterális sacroileitis, és legalább 3 hónapja háti fájdalom, frontális és szagitalis síkban beszűkült gerinc-, illetve beszűkült légzőmozgás igazolt, és a BASDAI aktivitási index >40, és kettő vagy több különböző nem szteroid gyulladásgátló maximális vagy tolerálható dózisban történő alkalmazása ellenére a betegség aktivitása igazoltan nem csökkent három hónapig, ezt követően megfelelő válaszkészség esetén (BASDAI index minimum relatív 50%-os csökkenése esetén) a remisszió fennállásáig - a finanszírozási eljárásrendekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott finanszírozási protokoll alapján

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

Munkahely	Szakképzés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Reumatológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ENBREL 25 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4 előretöltött fecskendő+8 törölkendő	EU/1/99/126/013
- ENBREL 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4 előretöltött fecskendő+8 törölkendő	EU/1/99/126/017
- ENBREL 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4 db előretöltött injekciós toll + 8 db alkoholos törölkendő	EU/1/99/126/020
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN)	2x0,8 ml előretöltött fecskendő+2 alkoholos törölkendő	EU/1/03/256/003
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN)	2x0,8 ml előretöltött injekciós toll+2 alkoholos törölkendő buborékfóliában	EU/1/03/256/008
- REMICADE 100 MG POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ VALÓ KONCENTRÁTUMHOZ	1x	EU/1/99/116/001
- SIMPONI 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1 előretöltött injekciós toll	EU/1/09/546/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): M45H0

vált. EÜ100 48.

Támogatott indikációk:

- Aktív, súlyos arthritis psoriaticában szenvedő beteg részére, amennyiben axiális érintettség esetén a BASDAI aktivitási index (0-100) átlaga több mint 40, és kettő vagy több különböző nem szteroid gyulladásgátló maximális vagy tolerálható dózisban történő alkalmazása ellenére a betegség aktivitása igazoltan nem csökken, vagy perifériás érintettség esetén (aktivitási index 5,1 DAS28 érték felett) legalább 3 hónapig tartó DMARD terápia hatására (methotrexat, szulfasalazin, ciklosporin, leflunomid) a betegség aktivitása igazoltan nem csökken vagy súlyos bőrérzettség esetén (PASI nagyobb, mint 15) reumatológus és bőrgyógyász szakorvos dokumentált közös döntését követően három hónapig, ezt követően kizárólag megfelelő válaszkészség (BASDAI index minimum relatív 50%-os csökkenése, vagy DAS28 aktivitási index csökkenése 3 hónap kezelést követően minimum 0,6 és 6 hónap kezelést követően minimum 1,2; vagy a PASI index minimum relatív 50%-os csökkenése) esetén a remisszió fennállásáig (késztményváltás lehetséges mellékhatás esetén) - 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	Reumatológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ENBREL 25 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4 előretöltött fecskendő+8 törölkendő	EU/1/99/126/013
- ENBREL 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4 előretöltött fecskendő+8 törölkendő	EU/1/99/126/017
- ENBREL 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4 db előretöltött injekciós toll + 8 db alkoholos törölkendő	EU/1/99/126/020
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN)	2x0,8 ml előretöltött fecskendő+2 alkoholos törölkendő	EU/1/03/256/003
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN)	2x0,8 ml előretöltött injekciós toll+2 alkoholos törölkendő buborekfóliában	EU/1/03/256/008
- REMICADE 100 MG POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ VALÓ KONCENTRÁTUMHOZ	1x	EU/1/99/116/001
- SIMPONI 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1 előretöltött injekciós toll	EU/1/09/546/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdődő kódot): L4050, M0700, M0710, M0720, M0730

vált. EÜ100 49.

Támogatott indikációk:

- Súlyos tünetekkel (PASI nagyobb/egyenlő mint 15 vagy BSA nagyobb/egyenlő mint 10 vagy DLQI nagyobb/egyenlő mint 10) járó plakkos psoriasisban szenvedő beteg részére, standard szisztémás kezeléssel (acitrein, cyclosporin, metotrexát, fototerápia [szűk spektrumú UVB vagy PUVA]) szembeni dokumentált intolerancia vagy kontraindikáció esetén, illetve amennyiben legalább 3 hónapig tartó standard szisztémás kezelés ellenére a PASI (amennyiben a PASI nem meghatározható, a BSA) vagy a DLQI csökkenés mértéke nem éri el az 50%-ot, bőrgyógyász, illetve súlyos arthritis psoriatica egyidejű fennállása esetén bőrgyógyász és reumatológus szakorvos dokumentált közös döntését követően három hónapig, ezt követően kizárólag megfelelő válaszkészség (PASI minimum relatív 50%-os csökkenése) esetén a remisszió fennállásáig (mellékhatás vagy hatástalanság esetén készítményváltás lehetséges) - 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	Bőrgyógyászat	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- ENBREL 25 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4 előretöltött fecskendő+8 törölkendő	EU/1/99/126/013
- ENBREL 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN	4 előretöltött fecskendő+8 törölkendő	EU/1/99/126/017
- ENBREL 50 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4 db előretöltött injekciós toll + 8 db alkoholos törölkendő	EU/1/99/126/020
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT FECSKENDŐBEN)	2x0,8 ml előretöltött fecskendő+2 alkoholos törölkendő	EU/1/03/256/003

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- HUMIRA 40 MG OLDATOS INJEKCIÓ (ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN)	2x0,8 ml előretöltött injekciós toll+2 alkoholos törölőkendő buborékfóliában	EU/1/03/256/008
- REMICADE 100 MG POR OLDATOS INFÚZIÓHOZ VALÓ KONCENTRÁTUMHOZ	1x	EU/1/99/116/001
- STELARA 45 MG OLDATOS INJEKCIÓ	1x0,5 ml injekciós üveg	EU/1/08/494/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): L4003, L4004, L4005

EÜ100 50.

Támogatott indikációk:

- Szerzett immunhiányos állapot (HIV/AIDS)

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény szakorvosa	Megkötés nélkül	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- APTIVUS 250 MG LÁGY KAPSZULA	120x (tartály)	EU/1/05/315/001
- COMBIVIR 150MG/300MG FILMTABLETTA	60x/bliszter	EU/1/98/058/001
- CRIXIVAN 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	360x	EU/1/96/024/003
- CRIXIVAN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA	180x/tartály	EU/1/96/024/005
- EPIVIR 150 MG FILMTABLETTA	60x /tartály	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	EU/1/08/468/001
- INVIRASE 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	270x /tartály	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(bliszter)	EU/1/04/298/002
- NORVIR 100 MG LÁGY KAPSZULA	84x(hdpe palack)	EU/1/96/016/004
- PREZISTA 300 MG FILMTABLETTA	120x(tartály)	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
- RETROVIR 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	40x	OGYI-T-01345/01
- REYATAZ 150 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x (al/al buborékfólia)	EU/1/03/267/004
- REYATAZ 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	60x (al/al buborékfólia)	EU/1/03/267/006
- REYATAZ 300 MG KEMÉNY KAPSZULA	30x (hdpe palack)	EU/1/03/267/008
- STOCRIN 200 MG KEMÉNY KAPSZULA	90x(hdpe palack)	EU/1/99/111/003
- STOCRIN 600 MG FILMTABLETTA	30x(hdpe tartály)	EU/1/99/111/008
- TELZIR 700 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/04/282/001
- VIDEX EC 250 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-09062/01
- VIDEX EC 400 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA	30x	OGYI-T-09063/01

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- VIRACEPT 250 MG FILMTABLETTA	270x /tartály	EU/1/97/054/004
- VIRAMUNE 200 MG TABLETTA	60x	EU/1/97/055/001
- VIREAD 245 MG FILMTABLETTA	30x(hdpe tartály)	EU/1/01/200/001
- ZERIT 30 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x /bliszter	EU/1/96/009/006
- ZERIT 40 MG KEMÉNY KAPSZULA	56x /bliszter	EU/1/96/009/008
- ZIAGEN 300 MG FILMTABLETTA	60x	EU/1/99/112/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): B20, B21, B22, B23, B24, Z21

vált. 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 (sebészeti, radio- és kemoterápia) követően képző eljárásal igazolt recidíva, illetve progresszió esetén

A javaslatot kiállító és a gyógyszer 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

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- TEMODAL 100 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1(tasak)	EU/1/98/096/015
- TEMODAL 140 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1(tasak)	EU/1/98/096/017
- TEMODAL 180 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1(tasak)	EU/1/98/096/019
- TEMODAL 20 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1(tasak)	EU/1/98/096/013
- TEMODAL 250 MG KEMÉNY KAPSZULA	5x1(tasak)	EU/1/98/096/021

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Gyermekneurológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
------------	------------	------------------

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- KETOCAL ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI SPECIÁLIS GYÓGYÁSZATI CÉLRA SZÁNT TÁPSZER	1x300 g	
- KETOCAL VANÍLIA ÍZŰ SPECIÁLIS GYÓGYÁSZATI CÉLRA SZÁNT TÁPSZER	1x300 g	

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): E7400, E7440, F8030, G4030, G4040, G4050

EÜ100 53.

Támogatott indikációk:

- Nagyon aktív relapszáló-remittáló sclerosis multiplex kezelésére monoterápiában, amennyiben a betegek az alkalmazott immunmoduláns kezelésre nem megfelelően reagálnak (a natalizumab kezelést megelőző 1 évben legalább 1 shubbal, friss MRI felvételen legalább 9 T-hyperintenzív lézió vagy 1-nél több Gd halmozódással járó lézió meglétével jellemezhető a betegség aktivitása), rendszeres szakorvosi ellenőrzés mellett (PML-gyanú, neutralizáló antitestek megjelenése és perzisztálása, májfunkció ellenőrzése, hyperszenzitivitás), a secuder progresszív forma kialakulásáig
- Sclerosis multiplex kezelésére monoterápiában, ha a betegség kezdettől gyors és súlyos lefolyású (2 vagy több funkcióvesztést okozó relapszus fordult elő egy év alatt és friss MRI felvételen 1-nél több Gd dúsulással járó lézió vagy megnövekedett T2 góctérfogat), rendszeres szakorvosi ellenőrzés mellett (PML-gyanú, neutralizáló antitestek megjelenése és perzisztálása, májfunkció ellenőrzése, hyperszenzitivitás), a secuder progresszív forma kialakulásáig

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Neurológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- TYSABRI 300 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x15 ml	EU/1/06/346/001

Elfogadható BNO kódok (beleértve az összes azonosan kezdodo kódot): G35H0

vált. EÜ100 54.

Támogatott indikációk:

- B-sejtes krónikus lymphoid leukemia, korai (RAI 0-II) stádiumában, amennyiben az aktivitási jelek közül legalább egy jelen van: B-tünet, 6 hónapon belül megkettőződő lymphocytaszám, progresszív splenomegalia (a bal bordaívét 6 cm-rel meghaladó lép/, progresszív lymphadenomegalia /legnagyobb nyirokcsomó átmérője > 10 cm), csontvelő elégtelenség
- B-sejtes krónikus lymphoid leukemia, előrehaladott (RAI III-IV) stádiumábanstádiumában lévő betegek részére, akiknek creatinin clearance-e normális (>70 ml/min) és az ECOG skálán 0-2 értékkel rendelkeznek, első vonalbeli R-FC kombinációs terápia részeként, összesen 6 cikluson keresztül

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

Munkahely	Szakképesítés	Jogosultság
Kijelölt intézmény	Haematológia	írhat

Termék név	Kiszereles	Törzskönyvi szám
- MABTHERA 100 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	2x injekciós üveg/csomag	EU/1/98/067/001
- MABTHERA 500 MG KONCENTRÁTUM OLDATOS INFÚZIÓHOZ	1x injekciós üveg	EU/1/98/067/002

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