

EÜ Támogatási lista, diabetológia – érvényes 2024.03.01-től

EÜ50 6/a.

Támogatott indikációk:

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

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

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

EÜ50 6/b.

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

- NOVONORM 2 MG TABLETTA

Kiszerezés

90x

Törzskönyvi szám

EU/1/98/076/019

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

EÜ50 6/c.**Támogatott indikációk:**

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

A javaslatot kiállító és a 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

- ADEKSA 100 MG TABLETTA

30x

- ADEKSA 50 MG TABLETTA

30x

Kiszerezés**Törzskönyvi szám**

18538 (PL)

18537 (PL)

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

EÜ50 6/d.**Támogatott indikációk:**

Dokumentált cukorbetegség esetén azon beteg részére, akinél a kezelés megkezdésének feltételei az EÜ100 2. vagy az EÜ100 3. pont szerint megfelelőek, azonban a beállított terápia ellenére a kezelés folytatásának az EÜ100 2. vagy EÜ1003. pont szerinti feltételei nem teljesíthetők.

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 6 hónap.

Termék név

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

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

EÜ70 1.

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

Termék név	Kiszerelés	Törzskönyvi szám
- AGARTHA DUO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-23797/06
- AGARTHA DUO 50 MG/850 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-23797/02
- AGARTHA 50 MG TABLETTA	30xbuborékcsoomagolásban	OGYI-T-23667/02
- ALIKVAL DUO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-24001/17
- ALIKVAL 50 MG TABLETTA	60x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-23934/04
- ANVILDIS DUO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-24097/06
- ANVILDIS DUO 50 MG/850 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-24097/03
- ANVILDIS 50 MG TABLETTA	28x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-23914/03
- ANVILDIS 50 MG TABLETTA	56x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-23914/05
- BYDUREON 2 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ	4x1adag porüveg+oldószerüveg	EU/1/11/696/001
- BYDUREON 2 MG POR ÉS OLDÓSZER RETARD SZUSZPENZIÓS INJEKCIÓHOZ, ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	4x előretöltött injekciós tollban	EU/1/11/696/003
- BYETTA 10 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x2,4ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/06/362/003
- BYETTA 5 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN	1x1,2ml előretöltött injekciós tollban	EU/1/06/362/001
- EUCREAS 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	60xbuborékcsoomagolásban	EU/1/07/425/027
- EUCREAS 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	60X buborékcsoomagolásban)	EU/1/07/425/048.
- EUCREAS 50 MG/850 MG FILMTABLETTA	60xbuborékcsoomagolásban	EU/1/07/425/021
- EUCREAS 50 MG/850 MG FILMTABLETTA	60Xbuborékcsoomagolásban	EU/1/07/425/039
- FORXIGA 10 MG FILMTABLETTA	30x1buborékcsoomagolásban	EU/1/12/795/009
- GALVUS 50 MG TABLETTA	28xbuborékcsoomagolásban	EU/1/07/414/003
- GLEROVA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-24045/09
- GLYPVILO 50 MG TABLETTA	30xbuborékcsoomagolásban	OGYI-T-23324/02
- INCRESYNC 25 MG/30 MG FILMTABLETTA	28x buborékcsoomagolásban	EU/1/13/842/021
- IPINZAN 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	60x buborékcsoomagolásban átlátszó	OGYI-T-23970/14
- IPINZAN 50 MG/850 MG FILMTABLETTA	60xbuborékcsoomagolásban átlátszó	OGYI-T-23970/06
- JAGLIX 100 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-23866/01
- JAMESI 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA	56x buborékcsoomagolásban átlátszatlan	OGYI-T-24035/08
- JANSITIN 100 MG FILMTABLETTA	30x buborékcsoomagolásban	OGYI-T-23937/06

EÜ70 1.**Termék név**

- JANUVIA 100 MG FILMTABLETTA
- JARDIANCE 10 MG FILMTABLETTA
- JARDIANCE 25 MG FILMTABLETTA
- JAZETA 100 MG FILMTABLETTA
- JENTADUETO 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- JENTADUETO 2,5 MG/850 MG FILMTABLETTA
- JUZIMETTE 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- JUZIMETTE 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- JUZIMETTE 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
- JUZINA 100 MG FILMTABLETTA
- KOMBOGLYZE 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- KOMBOGLYZE 2,5 MG/850 MG FILMTABLETTA
- KWIKATON 50 MG TABLETTA
- LONAMO DUO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- LONAMO 100 MG FILMTABLETTA
- LYXUMIA 10 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ
- LYXUMIA 20 MIKROGRAMM OLDATOS INJEKCIÓ
- MAYMETSU 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- MAYMETSU 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- MAYMETSU 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- MAYSIGLU 100 MG FILMTABLETTA
- MELKART 50 MG TABLETTA
- MIFOMET 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA 56x
- ONGLYZA 5 MG FILMTABLETTA
- OZEMPIC 0,25 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTTINJEKCIÓS TOLLBAN
- OZEMPIC 0,5 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTTINJEKCIÓS TOLLBAN
- OZEMPIC 1 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTTINJEKCIÓS TOLLBAN
- RYBELSUS 14 MG TABLETTA
- RYBFELSUS 3 MG TABLETTA 3
- RYBELSUS 7 MG TABLETTA
- SAXOTIN 50 MG TABLETTA
- SAXOTIN 50 MG TABLETTA
- SEGLUROMET 2,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
- SITAGLIPTIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA
- SITAGLIPTIN SANDOZ 100 MG FILMTABLETTA
- SITAGLIPTIN SANDOZ 25 MG FILMTABLETTA
- SITAGLIPTIN TEVA 100 MG FILMTABLETTA
- SITAGLIPTIN WÖRWAG 100 MG FILMTABLETTA
- SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA

Kiszerezés

- 28xbuborékcsoomagolásban
- 30xbuborékcsoomagolásban
- 30xbuborékcsoomagolásban
- 28x buborékcsoomagolásban átlátszatlan
- 60x1buborékcsoomagolásban
- 60x1buborékcsoomagolásban
- 56x buborékcsoomagolásban átlátszatlan
- 60x buborékcsoomagolásban átlátszatlan
- 60x buborékcsoomagolásban átlátszatlan
- 30x buborékcsoomagolásban
- 60xbuborékcsoomagolásban
- 60xbuborékcsoomagolásban
- 28x buborékcsoomagolásban
- 60x buborékcsoomagolásban
- 30x buborékcsoomagolásban
- 1x előretöltött injekcióstollban
- 2x előretöltött injekcióstollban
- 56x buborékcsoomagolásban
- 56x buborékcsoomagolásban naptáras
- 60xbuborékcsoomagolásban
- 28x buborékcsoomagolásban
- 30x buborékcsoomagolásban
- buborékcsoomagolásban
- 30x1buborékcsoomagolásban(perforált)
- 1x1,5ml előretöltöttinjekciós tollban +4 tű
- 1x1,5ml előretöltöttinjekciós tollban +4 tű
- 1x3ml előretöltöttinjekciós tollban +4 tű
- 30x buborékcsoomagolásban
- 30x buborékcsoomagolásban
- 30x buborékcsoomagolásban
- 28x buborékcsoomagolásban
- 56xbuborékcsoomagolásban
- 56xbuborékcsoomagolásban
- 28x buborékcsoomagolásban átlátszó
- 56x buborékcsoomagolásban átlátszó
- 28x buborékcsoomagolásban átlátszó
- 30x átlátszatlan buborékcsoomagolásban
- 28x buborékcsoomagolásban átlátszatlan
- 28x átlátszó buborékcsoomagolásban

Törzskönyvi szám

- EU/1/07/383/014
- EU/1/14/930/014
- EU/1/14/930/005
- OGYI-T-23977/02
- EU/1/12/780/020
- EU/1/12/780/006
- OGYI-T-23950/11
- OGYI-T-23950/12
- OGYI-T-23950/04
- OGYI-T23848/02
- EU/1/11/731/009
- EU/1/11/731/003
- OGYI-T-23882/03
- OGYI-T-24071/17
- OGYI-T-23956/15
- EU/1/12/811/001
- EU/1/12/811/003
- OGYI-T-23799/15
- OGYI-T-23799/34
- OGYI-T-23799/17
- OGYI-T-23635/14
- OGYI-T-23661/03
- OGYI-T-24096/09
- EU/1/09/545/009
- EU/1/17/1251/002
- EU/1/17/1251/003
- EU/1/17/1251/005
- EU/1/20/1430/008
- EU/1/20/1430/002
- EU/1/20/1430/005
- OGYI-T-23205/01
- OGYI-T-23205/02
- EU/1/18/1265/011
- OGYI-T-23837/12
- OGYI-T-23837/14
- OGYI-T-23837/02
- OGYI-T-23074/19
- OGYI-T-24086/05
- OGYI-T-23824/23

EÜ70 1.**Termék név**

- SITAGLIPTIN/METFORMIN SANDOZ 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 új - SITAGLIPTIN/METFORMIN SUPREMEX 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - SITAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - STEGLATRO 5 MG FILMTABLETTA
 - STEGLUJAN 5 MG/100 MG FILMTABLETTA
 - SULIQUA 100 EGYSÉG/ML + 33 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ
 ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - SULIQUA 100 EGYSÉG/ML + 33 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ
 ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - SULIQUA 100 EGYSÉG/ML + 50 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ
 ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - SULIQUA 100 EGYSÉG/ML + 50 MIKROGRAMM/ML OLDATOS INJEKCIÓ
 ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - SYNJARDY 12,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - SYNJARDY 5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - TRAJENTA 5 MG FILMTABLETTA
 - TRULICITY 0,75 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTTINJEKCIÓS TOLLBAN
 - TRULICITY 1,5 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTTINJEKCIÓS TOLLBAN
 - TRULICITY 3 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - TRULICITY 4,5 MG OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTT INJEKCIÓS TOLLBAN
 - VELMETIA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VICTOZA 6 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ ELŐRETÖLTÖTTINJEKCIÓS TOLLBAN
 - VILDAGLIPTIN TEVA 50 MG TABLETTA
 - VILDAGLIPTIN-METFORMIN STADA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN-METFORMIN STADA 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN/METFORMIN SUPREMEX 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - VILDAGLIPTIN/METFORMIN TEVA 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - VILSPOX 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VILSPOX 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - VIMETSO 50 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VIMETSO 50 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - VIPDOMET 12,5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - VIPDOMET 12,5 MG/850 MG FILMTABLETTA
 - VIPIDIA 12,5 MG FILMTABLETTA
 - VIPIDIA 25 MG FILMTABLETTA
 - XELEVIA 100 MG FILMTABLETTA
 - XIGDUO 5 MG/ 850 MG FILMTABLETTA

Kiszerezés

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

5x3ml előretöltött injekciós tollban

3x3ml előretöltött injekciós tollban

5x3ml előretöltött injekciós tollban

60x1 adagonként perforáltbuboréksomagolásban

60x1 adagonként perforáltbuboréksomagolásban

30xbuboréksomagolásban

2x előretöltött injekcióstollban

2x előretöltött injekcióstollban

2x előretöltött injekciós tollban

2x előretöltött injekciós tollban

56x

2x3ml

28x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban (2x30)

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban (2x30)

60xbuboréksomagolásban

60xbuboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

60x buboréksomagolásban

56xbuboréksomagolásban

56xbuboréksomagolásban

28xbuboréksomagolásban

28xbuboréksomagolásban

28x

60xbuboréksomagolásban

Törzskönyvi szám

OGYI-T-23824/24

OGYI-T-24293/01

OGYI-T-24010/02

EU/1/18/1267/002

EU/1/18/1266/002

EU/1/16/1157/003

EU/1/16/1157/004

EU/1/16/1157/001

EU/1/16/1157/002

EU/1/15/1003/032

EU/1/15/1003/014

EU/1/11/707/004

EU/1/14/956/001

EU/1/14/956/006

EU/1/14/956/011

EU/1/14/956/014

EU/1/08/456/010

EU/1/09/529/002

OGYI-T-23496/01

OGYI-T-23944/15

OGYI-T-23944/05

OGYI-T-24117/01

OGYI-T-23497/02

OGYI-T-23497/04

OGYI-T-23497/01

OGYI-T-23497/03

OGYI-T-23212/03

OGYI-T-23212/01

OGYI-T-23918/10

OGYI-T-23918/03

EU/1/13/843/017

EU/1/13/843/005

EU/1/13/844/012

EU/1/13/844/021

EU/1/07/382/014

EU/1/13/900/004

EÜ70 1.**Termék név**

- XIGDUO 5 MG/1000 MG FILMTABLETTA
 - XULTOPHY 100 EGYSÉG/ML + 3,6 MG/ML OLDATOS INJEKCIÓ

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

Kiszereles

60xbuborékcsomagolásban
 3x3ml előretöltött injekciós tollban

Törzskönyvi szám

EU/1/13/900/010
 EU/1/14/947/002

EÜ90 2/a.**Támogatott indikációk:**

Inzulin kezelésben részesülő cukorbeteg részére ismétlődő eszméletvesztéssel járó hypoglycaemia esetén

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

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

Szakképesítés

Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Endokrinológia

Jogosultság

írhat
 írhat
 írhat
 írhat
 írhat

Termék név

- GLUCAGEN 1 MG HYPOKIT POR ÉS OLDÓSZER OLDATOSINJEKCIÓHOZ

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

Kiszereles

1x porampulla +1 mloldószer fecskendőben OGYI-T-04523/01

Törzskönyvi szám

EÜ90 2/b.**Támogatott indikációk:**

Felnőtt cukorbeteg részére, fájdalmas neuropathiában

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Szakképesítés

Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Belgyógyászat
 Endokrinológia
 Neurológia
 Megkötés nélkül

Jogosultság

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

Termék név

- CYMBALTA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNYKAPSZULA
 - DUCILTIA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNYKAPSZULA
 - DULASOLAN 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNYKAPSZULA
 - DULODET 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNYKAPSZULA
 - DULOXETIN SANDOZ 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓKEMÉNY KAPSZULA
 - DULOXETIN STADA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA
 - DULOXETIN-TEVA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA
 - DULOXETINE MYLAN 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA
 -DULOXETINE MYLAN 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓKEMÉNY KAPSZULA
 - DULOXETINE MYLAN 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA
 - DULOXETINE ZENTIVA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓKEMÉNY KAPSZULA
 - DULOXGAMMA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNYKAPSZULA
 - DULSEVIA 60 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNYKAPSZULA
 - DULSEVIA 90 MG GYOMORNEDV-ELLENÁLLÓ KEMÉNY KAPSZULA
 - EGZYSTA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - EGZYSTA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GABAGAMMA 600 MG FILMTABLETTA
 - GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GORDIUS 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GORDIUS 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GRIMODIN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA

Kiszerezés

28x
 28xbuborékcsomagolásban
 30x átlátszóbuborékcsomagolásban
 4x7buborékcsomagolásban
 28xbuborékcsomagolásban
 28x buborékcsomagolásban
 28x buborékcsomagolásban
 28x buborékcsomagolásban
 28xbuborékcsomagolásban
 28x buborékcsomagolásban
 28xbuborékcsomagolásban
 28x buborékcsomagolásban
 28xbuborékcsomagolásban
 30xbuborékcsomagolásban
 30x buborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 100xbuborékcsomagolásban
 50xbuborékcsomagolásban
 100xbuborékcsomagolásban
 50xbuborékcsomagolásban
 50xbuborékcsomagolásban
 100xbuborékcsomagolásban
 100x átlátszóbuborékcsomagolásban
 50x átlátszóbuborékcsomagolásban
 100x átlátszóbuborékcsomagolásban
 50x átlátszóbuborékcsomagolásban
 3x20buborékcsomagolásban

Törzskönyvi szám

EU/1/04/296/002
 OGYI-T-22935/08
 OGYI-T-22920/03
 OGYI-T-22889/14
 OGYI-T-22979/07
 OGYI-T-22902/17
 OGYI-T-22843/04
 EU/1/15/1010/011
 EU/1/15/1010/029
 EU/1/15/1010/050
 EU/1/15/1028/004
 OGYI-T-22908/09
 OGYI-T-22821/14
 OGYI-T-22821/23
 OGYI-T-22918/15
 OGYI-T-22918/09
 OGYI-T-20334/19
 OGYI-T-20334/17
 OGYI-T-20334/32
 OGYI-T-20334/30
 OGYI-T-20334/42
 OGYI-T-09069/04
 OGYI-T-09069/03
 OGYI-T-09069/06
 OGYI-T-09069/05
 OGYI-T-20874/03

EÜ90 2/b.

Termék név

- GRIMODIN 400 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA
 - GRIMODIN 600 MG FILMTABLETTA
 - LYRICA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - LYRICA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - LYRICA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - NAXALGAN 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - NAXALGAN 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - NAXALGAN 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRABEGIN 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRABEGIN 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRAGIOLA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRAGIOLA 300 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRAGIOLA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN RICHTER 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN RICHTER 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN SANDOZ 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN SANDOZ 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN-TEVA 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN-TEVA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGABALIN-TEVA 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGAMID 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PREGAMID 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRENUDOL 150 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - PRENUDOL 75 MG KEMÉNY KAPSZULA
 - THIOCTIC ACID ZENTIVA 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOCTIC ACID ZENTIVA 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOGAMMA ORAL 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOGAMMA ORAL 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOTEP 600 MG FILMTABLETTA
 - THIOTEP 600 MG FILMTABLETTA

Kiszerezés

3x20buborékcsomagolásban
 3x20buborékcsomagolásban
 6x10buborékcsomagolásban
 56x
 14x
 56x
 60xbuborékcsomagolásban
 60x buborékcsomagolásban
 60xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásbanpvc/pvdc/alu
 56xbuborékcsomagolásbanpvc/pvdc/alu
 56xbuborékcsomagolásban
 14xbuborékcsomagolásban
 56xbuborékcsomagolásban
 60x buborékcsomagolásban
 60xbuborékcsomagolásban
 60xbuborékcsomagolásban
 60xbuborékcsomagolásban
 30x buborékcsomagolásban
 60x buborékcsomagolásban
 30xbuborékcsomagolásban
 60xbuborékcsomagolásban
 30x buborékcsomagolásban
 60x buborékcsomagolásban

Törzskönyvi szám

OGYI-T-20874/04
 OGYI-T-20874/24
 OGYI-T-20874/06
 EU/1/04/279/018
 EU/1/04/279/011
 EU/1/04/279/012
 OGYI-T-23362/08
 OGYI-T-23362/14
 OGYI-T-23362/02
 OGYI-T-23514/05
 OGYI-T-23514/02
 OGYI-T-22823/36
 OGYI-T-22823/60
 OGYI-T-22823/20
 OGYI-T-22906/19
 OGYI-T-22906/11
 EU/1/15/1011/045
 EU/1/15/1011/021
 OGYI-T-22862/10
 OGYI-T-22862/04
 OGYI-T-22862/05
 OGYI-T-2866/22
 OGYI-T-22866/16
 OGYI-T-23573/02
 OGYI-T-23573/01
 OGYI-T-23785/01
 OGYI-T-23785/02
 OGYI-T-06670/08
 OGYI-T-06670/09
 OGYI-T-23791/01
 OGYI-T-23791/0

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

EÜ90 30.**Támogatott indikációk:**

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Szakképesítés

Belgyógyászat
 Csecsemõ-gyermekgyógyászat
 Belgyógyászat
 Csecsemõ-gyermekgyógyászat
 Endokrinológia
 Megkötés nélkül

Jogosultság

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

Termék név

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

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

Kiszerezés

10x3ml patronban
 10x3ml patronban
 10x3 ml patronban

Törzskönyvi szám

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

EÜ100 1.**Támogatott indikációk:**

Inzulinkezelésre szoruló (önmagában vagy orális antidiabetikum mellett) cukorbeteg

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

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

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

Kiszerezés

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

Törzskönyvi szám

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

EÜ100 2.**Támogatott indikációk:**

- Legalább 3 hónapig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésreszoruló) 1-es vagy 2-es típusú diabetesben szenvedő cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenéremegfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást (HbA1c<8,0%) nem lehetett elérni, vagy megfelelő életmód-terápia mellett az étkezés után 60-90 perccel mért posztprandriális vércukorszint érték havonta négy alkalommal meghaladja a 10,0 mmol/lértéket, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikaemiajelentkezik.
- Három hónapnál rövidebb ideig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló cukorbeteg részére, ha legalább egy – az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos (az elhárításhoz külső segítséget igénylő) hypoglikaemia jelentkezik.
- 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében a gyógyszer alkalmazása egy év után csak akkor folytatható, ha a szakorvosi javaslat kiállítását megelőző egy éven belül három - legalább két hónap különbséggel mért - HbA1c értékek közül kettő 8,0% alatt van. (A gyógyszer alkalmazása a HbA1c értéktől függetlenül akkor is folytatható, ha a betegnek legalább egy - az orvosi dokumentációban feltüntetett - súlyos, az elhárításhoz külső segítséget igénylő hypoglikaemiás eseménye volt.)
- A fenti feltételek alapján végzett kezelést követően, 2-es típusú cukorbetegségben szenvedő beteg esetében
 - legalább egy évig humán intenzifikált inzulinkezelés alatt álló (naponta három vagy több alkalommal inzulinkezelésreszoruló) cukorbeteg részére, amennyiben a beállított terápia ellenére megfelelő szénhidrátanyagcsere-háztartást (HbA1c<8,0%) nem lehetett elérni, vagy megfelelő életmód-terápia mellett az étkezés után 60-90 perccel mért posztprandriális vércukorszint érték havonta négy alkalommal meghaladja a 10,0 mmol/l értéket, vagy havonta legalább 3 alkalommal - az orvosi dokumentációban feltüntetett - korrekciót igénylő hypoglikaemia jelentkezik.
 - legalább fél évig az Eü50 6/d. pont alapján kezelt cukorbeteg részére, amennyiben a szakorvosi javaslat kiállítását megelőzően legalább két hónap különbséggel mért HbA1c értéke közül kettő 8,0% alatt van.

- A kezelés további fenntartására a fenti szabályok vonatkoznak.

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Termék név

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

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

EÜ100 3.**Támogatott indikációk:**

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

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

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

Szakorvosi javaslat érvényességi ideje 12 hónap.

Szakképesítés

Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Belgyógyászat
 Csecsemő-gyermekgyógyászat
 Endokrinológia
 Megkötés nélkül

Jogosultság

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

Termék név

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

Kiszerezés

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

Törzskönyvi szám

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

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