



ÖZEL BALIKLI RUM HASTANESİ VAKFI

**ANTİBİYOTİK KULLANIM
KONTROLÜ VE ANTİBİYOTİK
PROFİLAKSİ REHBERİ**

2022

**ANTİBİYOTİK KULLANIM KONTROLÜ VE
ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİ REHBERİ**

Dok No: REH.08
Yayın tarihi: 01/12/2016
Rev No: 02
Rev Tarihi:08/11/2022

Rehberi Hazırlayan

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
Hmş. Gamze Doğan
Kalite Yönetim Sorumlusu
Tıbbi Biyo. Panayot Sarı

Katkıda Bulunanlar

Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hst.
Uzm. Dr. Fatma Mehpere Ünal

Onaylayanlar

Başhekim
Uzm. Dr. Stati Leana

Yön. Kur. Bşk.
Konstantin Yuvanidis

İçindekiler

1. Antibiyotikler	5
1.1. İdeal Antibiyotik Kullanımı İçin	5
1.2. Doğru antibiyotik kullanımı için	5
1.3. Uygun Antibiyotik Kullanımının Yararları	5
1.4. Antibiyotikler Hangi Durumlarda Kötü Kullanılır?	5
1.5. Hastanelerde yoğun ve aşırı antibiyotik kullanımının önemli sonuçları	5
1.6. Akılcı Antibiyotik Kullanım İlkeleri.....	5
1.7. Antibiyotik tedavisinin gerekçelerinin saptanması	6
1.8. Antibiyotik Seçimini Etkileyen Faktörler	6
1.9. Antibiyotiklerin Atılım Yolu	6
1.10. Antibiyotiklerin Yan Etkileri.....	7
1.11. Hamilelikte Antibiyotik Kullanımı.....	7
1.12. Antibiyotiklerin Etkisi	7
1.13. Antibiyotik Dozunun Ayarlanması.....	7
1.14. Antibiyotiklerin Diğer İlaçlarla Etkileşimi	7
1.15. Böbrek Yetmezliği Ve Karaciğer Hastalıklarında Antibiyotik Kullanımı.....	8
2. CERRAHİ ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİSİ	9
2.1. Cerrahi Girişimlerin İnfeksiyon Riski Açısından Sınıflandırılması	9
2.2. Antibiyotik Profilaksisinin Hedefleri.....	9
2.3. Antibiyotik Profilaksisinden Beklenen Faydalar	10
2.4. Profilaksinin Riskleri	10
2.5. Profilaktik Antibiyotik Uygulaması Esasları.....	10
2.6. Antibiyotik Seçimi	10
2.7. Bilimsel Kanıt Düzeyleri.....	10
2.8. Antibiyotik Profilaksisi Önerilen Cerrahi Girişimler için önerilen kanıt düzeyleri	10
2.9. Antibiyotik Profilaksisi Önerilmeyen Cerrahi Girişimler İçin Önerilen Kanıt Düzeyleri.....	11
3. AMELİYATIN TİPİNE GÖRE CERRAHİ PROFİLAKSİ ÖNERİLERİ.....	12
4. SEÇİLMİŞ BAKTERİYEL İNFEKSİYONLARA YÖNELİK ANTİMİKROBİYAL PROFİLAKSİ	17
4.1. Endokardit Profilaksisi için Hasta Seçimi.....	18
5. ANTİBİYOTİK DUYARLILIK TESTLERİNDE ANTİBİYOTİK SEÇİMİ VE KISITLI ANTİBİYOTİK BİLDİRİMİ	19
5.1. Etkene Göre Rapor Etme	19
5.2. Vücut Bölgesine Göre Selektif Rapor Etme.....	21
5.3. Hastanın Özelliğine Göre Selektif Rapor Etme.....	21
5.4. Bazı Antibiyotiklerin Rutin Olarak Test Ve Rapor Edilmemesinin Nedenleri	21

5.5.	Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Kolay Üreyen Organizmaların Rutin Test ve Rapor Edilmesi İçin Önerilen Ajanların Gruplandırması	22
5.6.	Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Zor Üreyen Organizmaların Rutin Test ve Rapor Edilmesi İçin Önerilen Ajanların Grublaması.....	23
6.	SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ.....	24
6.1.	APAT: “Ayaktan Parenteral Antibiyotik Tedavisi”	36
6.2.	Cerrahi Proflakside Kullanılmayacak Antibiyotikler:.....	36
6.3.	K-AB (Kültür - Antibiyogram) :	36

1. Antibiyotikler

Enfeksiyon hastalıkları günümüzde halk sağlığı açısından önemini devam ettiren, erken tanı konulduğunda akılcı bir seçimle uygulanan antimikrobik tedaviyle başarının sağlandığı bir alandır. Bununla birlikte gerek toplumda gerekse hastanede kazanılan enfeksiyon hastalıkları akılcı olmayan antimikrobik tedavilerin kullanılması sonucu tedavi edilememekte, sonuçta hasta kaybedilmektedir. Akılcı bir şekilde uygulanan uygun antimikrobik tedavi; sağ kalım, komplikasyon ve kronikleşmenin önlenmesi, hastalık şiddet ve süresinin kısaltılması açısından önemlidir.

Antibiyotikler

- Reçetelerin % 3- 25'ini
- İlaç harcamalarının % 6- 21'ini
- Hastane harcamalarının yaklaşık % 50' sini oluşturmaktadır.

1.1. İdeal Antibiyotik Kullanımı İçin

- Doğru antibiyotik seçilmelidir
- En uygun yoldan verilmelidir
- Etkin dozda verilmelidir
- Optimum aralıklarla verilmelidir
- Uygun süreyle verilmelidir
- Doğru tanı sonrası başlanmalıdır

1.2. Doğru antibiyotik kullanımı için

- Mikrobiyolojik olarak kanıtlanmış bir enfeksiyon varlığı sorgulanmalıdır
- Kaçınılmaz- gelişmiş veya muhtemel gelişecek bir enfeksiyon olasılığı araştırılmalıdır
- Korunma yapılabilecek bir enfeksiyonun gelişmesi olasılığı değerlendirilmelidir

1.3. Uygun Antibiyotik Kullanımının Yararları

- Hem nazokomiyal hem de endojen florada direnç gelişiminin önlenmesi
- Hasta bakımının iyileştirilmesi (En iyi etkinlik / En az toksisite)
- Birden çok seçenek varsa; ucuz ve farmakodinamik olarak en etkin olanın seçilmesi

1.4. Antibiyotikler Hangi Durumlarda Kötü Kullanılır?

- Tanı açısından gerekli değerlendirme yapılmadan antibiyotik kullanılması
- Enfeksiyon olmaksızın antibiyotik kullanılması
- Seçilen antibiyotiğin yanlış olması
- Antibiyotik dozunun yetersiz veya aşırı olması
- Doz aralıklarının uygunsuz olması
- Aynı etkinlikte daha ucuz antibiyotik varken, pahalı antibiyotiğin seçilmesi
- Etkinliği bilinen bir antibiyotik yerine, pahalı ve yeni olan bir antibiyotiğin seçilmesi
- Endikasyonu olmadığı halde, aynı anda ikiden fazla antibiyotiğin kullanılması
- Kültür sonucuna uygun olmayan antibiyotik kullanımı
- 24 saatten uzun süren profilaksi
- Gereksiz profilaksi

1.5. Hastanelerde yoğun ve aşırı antibiyotik kullanımının önemli sonuçları

- Dirençli mikroorganizmaların seçilerek hastane florasına hakim olması
- Dirençli mikroorganizmalar bağlı enfeksiyonlarda artış
- Mortalite ve morbiditede artış
- Tedavi maliyetinde artış

1.6. Akılcı Antibiyotik Kullanım İlkeleri

- Tedavi

- Kanıtlanmış enfeksiyon varlığı
- Ampirik tedavi profilaksisi
- Cerrahi profilaksi
- Medikal profilaksi

1.7. Antibiyotik tedavisinin gerekçelerinin saptanması

- Antibiyotik tedavisinin gerekçelerinin saptanması
- Bakteriyel bir enfeksiyonun varlığının gösterilmesi
- Ampirik antibiyotik tedavisi
- Profilaktik antibiyotik kullanımı
- Tedavi öncesi uygun örnek alınması ve incelenmesi
- Hangi antibiyotiğin seçileceği ve bu seçimi etkileyen faktörler Kombine antibiyotik tedavisinin gerekli olup olmadığının belirlenmesi
- Polimikrobiyal enfeksiyonlar
- Kaynağı bilinmeyen sepsis, vb antimikrobiyal tedaviye yanıtın izlenmesi ve gerektiğinde

1.8. Antibiyotik Seçimini Etkileyen Faktörler

- Enfeksiyona ait özellikler
 - Etken
 - Enfeksiyonun yeri ve özellikleri Hastaya ait özellikler
 - Yaş
 - Allerji öyküsü
 - Alta yatan hastalık (karaciğer, böbrek yetmezliği)
 - Gebelik
 - Daha önce ve halen almaya devam ettiği antibiyotikler Kullandığı diğer ilaçlar (teofilin, fenitoin, warfarin, vb)
 - Genetik veya metabolik anormallikler
- Antibiyotiğe ait özellikler
 - Etki spektrumu
 - Etki mekanizması
 - Farmakolojik özellikleri:
 - Tedavi dozu ve doz aralığı
 - Veriliş yolu ve süresi
 - İlaç etkileşimleri
 - Yan etkiler
 - Maliyet

1.9. Antibiyotiklerin Atılım Yolu

KARACİĞER	BÖBREK
Sefaperazon	Aminoglikozid
Kloramfenikol	Sefalosporin
Klindamisin	Penisilin
Doksisiklin	Kinolon
Eritromisin	Aztreonam
Metronidazol	İmipenem
Rifampisin	Vankomisin
Sulfametoksazol	Trimetoprim

1.10. Antibiyotiklerin Yan Etkileri

* <i>Betalaktamlar</i> - Aşırı duyarlılık, GIS intoleransı, ishal	* <i>Kloramfenikol</i> - Aplastik anemi
* <i>Makrolid</i> - GIS intoleransı, ishal	* <i>Aminoglikozid</i> - Nefrotosisite, ototoksisite
* <i>Tetrasiklin</i> - Diş ve kemikte renk değişikliği, fototoksisite	* <i>Klindamisin</i> - İshal, psödomembranöz enterokolit
- * <i>Kinolon</i> - 17 yaş altı kullanımı yok GIS intoleransı	* <i>Kotrimoksazol</i> - Aşırı duyarlılık

1.11. Hamilelikte Antibiyotik Kullanımı

ENDİKE	KONTRENDİKE
* Penisilinler	* Aminoglikozid
* Sefalosporinler	* Kinolon
* Eritromisin	* Tetrasiklin
* Rifampisin	* İmidazol
* INAH	* Griseofulvin
* Amantadin	* Gansiklovir
* Primetamin	

1.12. Antibiyotiklerin Etkisi

BAKTERİSİD	BAKTERİOSTATİK
* Penisilin	* Sülfonamid
* Aminopenisilin	* Kloramfenikol
* Sefalosporin	* Tetrasiklin
* Aminoglikozid	* Makrolid
* Glikopeptid	* Klindamisin
* Kinolon	* Metronidazol
* Amfoterisin	

1.13. Antibiyotik Dozunun Ayarlanması

ZAMANA BAĞLI	KONSANTRASYONA BAĞLI
* Penisilinler	* Aminoglikozidler
* Sefalosporinler	* Florokinolonlar
* Karbapenem	* Azitromisin
* Monobaktam	* Tetrasiklinler
* Makrolidler	* Vankomisin
* Klindamisin	* Ketolidler
* Oksazolidinler	* Streptograminler
T > MIC	T maks > MIC, AUC / MIC

1.14. Antibiyotiklerin Diğer İlaçlarla Etkileşimi

* Tetrasiklin	- Mg, Ca, Fe
* Kinolon	- Antiasid, antihistaminik
* Makrolid	- Benzodiazepim, digoksin
* Rifampisin	- Oral kontraseptif, antikoagülan, barbiturat

1.15. Böbrek Yetmezliği Ve Karaciğer Hastalıklarında Antibiyotik Kullanımı

BÖREK YETMEZLİĞİ			KARACİĞER YETMEZLİĞİ		
<i>Güvenle kullanılabilir</i>	<i>Ciddi bozukluklarda doz azaltılabilir</i>	<i>Mutlaka dozu azaltılır</i>	<i>Kontrendike</i>	<i>Dikkatli kullanılır</i>	<i>Doz ölçümü ile kullanılır</i>
Eritromisin	Penisilin-G	Karbenisilin	Tetrasiklin	Eritromisin	Ampisilin
Klindamisin	Amoksisilin	Tikarsilin	Nitrofurantoin	Kloromfenikol	Nafsilin
Kloramfenikol	Ampisilin	Sefazolin	Sefazolin	Ketokonazol	
Sefaperazon	Motisilin	Moksolaktam	Uzun etkili Sulfonamid	Mikonazol	
Oksasilin	Sefalotin	Streptomisin	PAS	Pirazimid	
Dikloksasin	Sefoksitin	Kanamisin		Fusidik asit	
Nafsilin	Sefolatin	Gentamisin		Tetrasiklinler	
Rifampisin	Seftizoksim	Amikasin		Rifampisin	
Sefaklor	Piperasilin	Netilmisin		Sefaperazon	
Seftriakson	İzoniazid	Vankomisin		Sefamandol	
Metranidazol	Etambutol	İmipenem		Sefotetan	
	Kotrimoksazol			Moksolaktam	
	Sefotetan			İzoniazid	
	Seftazidim			Pirazinid	
	Sefuroksim				
	Mezlosilin				
	Siprofloksasin				
	Norfloksasin				

2. CERRAHİ ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİSİ

Operasyon öncesi profilaktik antibiyotik uygulaması çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Cerrahi öncesinde yapılan antibiyotik profilaksisinin gerekliliği ve faydası konusunda bir tereddüt yoktur. Günümüzde cerrahi antibiyotik profilaksisinin (CAP) endike olduğu alanlar büyük oranda belirlenmiş durumdadır. Ancak CAP uygulamaları halen çok tartışılan ve gelecekte de tartışılmaya devam edilecek konular olarak görülmektedir. Bunun nedeni çok farklı CAP uygulamasının çok farklı alanlarda yapılabilmesi ve bugüne kadar olan bilgi birikiminin farklı otoriteler tarafından değişik şekillerde yorumlanabilmesidir.

Cerrahi profilaksi uygulamaları ülkemizde de standardize edilmiş değildir. Genel olarak operasyonu yapan cerrahın profilaksi yapma yetkisi/sorumluluğu olduğu kabul edilmiş gibidir. Bu nedenle CAP uygulaması cerrahi girişimin bir parçası olarak algılanmaktadır. Ancak son yıllarda bu yaklaşım yerini multidisipliner bir uygulamaya bırakmaktadır. Özellikle antibiyotik kullanımına getirilen kısıtlamalar ve modern tıptaki gelişmeler sonucu ortaya çıkan çok yoğun veri birikimi konuyu daha bilimsel bir platforma taşımıştır. Cerrahi girişimlerin sorumluluğunun tek başına cerraha yüklenmesi doğru bir yaklaşım değildir. Özellikle cerrahi sonrası gelişen enfeksiyonlarda cerrah tarafından kontrol edilemeyen faktörlerin önemi inkar edilemez. Hastane şartları ve çalışanların eğitimi, hastanın taşıdığı risk faktörleri ve operasyon sonrası bakım gibi değişkenler enfeksiyon gelişmesi üzerinde oldukça etkilidir.

“Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi” konak savunmasının etkilenmeyeceği düzeyde olmak koşuluyla, intraoperatif kontaminasyondaki mikrobiyal yükü azaltmak için uygun zamanda, uygun bir antibiyotik, yeterli dozlarda kullanımı ile alınan bir önlemdir.

2.1. Cerrahi Girişimlerin İnfeksiyon Riski Açısından Sınıflandırılması

Yara Sınıflaması	Yara Tanımı	Enfeksiyon riski (%)
Temiz	Elektif yapılan travmatik olmayan ameliyatlardır. İnflamasyon bulunmaz. Solunum, sindirim ve genitoüriner sisteme ait bir girişim içermez. Ameliyat tekniğinde hata yoktur	<2
Temiz/ kontamine	Acil girişim ya da solunum, sindirim ve genitoüriner sisteme girişim yapılmıştır. Önemli bir kontaminasyon yoktur. Ameliyat tekniğinde minör hatalar olabilir	< 10
Kontamine	Gastrointestinal kanaldan, ya da infekte genitoüriner kanaldan önemli kontaminasyon vardır. Akut, pürülan olmayan inflamasyon bulunur. Cerrahi teknikte önemli hatalar vardır. 4 saatten eski olmayan penetran travma ya da kronik açık yara vardır.	~ % 20
Kirli / Enfekte	Solunum, gastrointestinal ve genitoüriner perforasyon ya da 4 saatten eski travmatik yara vardır. Pürülan akıntı saptanır	~ % 40

Cerrahi profilaksi temiz-kontamine ve bazı özel durumlarda (protez ve/veya immünsüpresyon) temiz cerrahi girişimlerde önerilir. Kontamine ve kirli cerrahi girişimlerde antibiyotik kullanımı tedavi amaçlıdır.

2.2. Antibiyotik Profilaksisinin Hedefleri

- Cerrahi alan enfeksiyonu (CAE) insidansını azaltmak
- Delile dayalı kanıtlanmış etkinliği olan antibiyotik kullanımı
- Hastanın ve hastanenin bakteriyel florası üzerine en az etki
- En az yan etki
- Hastanın savunma sisteminde en az değişiklik

2.3. Antibiyotik Profilaksisinden Beklenen Faydalar

- Faydalar ortaya çıkacak enfeksiyonun şiddetiyle ilgilidir
- Hemen her zaman olduğu gibi birincil fayda erken veya geç mortalitenin azaltılması
- Hastanede kalış süresinin ve dolayısıyla hastane masraflarının azaltılması
- Antibiyotik kullanımının (tüketiminin) azaltılması

2.4. Profilaksinin Riskleri

- Hatalı antibiyotik kullanımı
- Antibiyotik direnci
- Kolit gelişimi;
- Hastanede kalış süresi ve masraflarda artma
- Artmış morbidite ve mortalite

2.5. Profilaktik Antibiyotik Uygulaması Esasları

• Profilaksi, operasyondan önceki 30-60 dakika içinde; Anestezi indüksiyonu ile birlikte uygulanmalıdır. Bu kuralın istisnaları sezaryan ameliyatlarında paraneal antibiyotiğin göbek kordonu bağlandıktan sonra uygulanması ve elektif kolorektal ameliyatlarda oral antibiyotiğin 15–20 saat önce verilmesidir.

- Ameliyat sonunda ek dozların uygulanmasına gerek yoktur (Ameliyat 3–4 saatten uzun sürerse ek doz gerekebilir).
- Ameliyat anında >1500 mL kan kaybı olmadıkça erişkinlerde ek doza gerek yoktur.
- Penisilin allerjisi hikâyesi veya bulguları (anafilaksi, ürtiker, döküntü) varsa profilakside betalaktam antibiyotikler kullanılmamalıdır.
- Profilaksi için seçilen antibiyotik olası enfeksiyonda en sık etkili patojenleri kapsamalıdır.
- Profilaktik antibiyotikler intravenöz uygulanmalıdır ancak kirlenme riski ve doz ayarlama hataları nedeniyle serumların içine katılarak verilmemelidirler.
- Profilaktik antibiyotik dozu tedavi edici doz ile aynı olmalıdır.
- Antibiyotik profilaksisi 24 saati geçmemelidir.
- Bilimsel kanıt düzeyi olan çalışmalarla desteklenmiş profilaksi yöntemleri seçilmelidir.

2.6. Antibiyotik Seçimi

- Profilaktik antibiyotik seçim politikaları, antibiyotiklere dirençli bakterilerin bölgesel epidemiyolojik bilgilerine dayanmalıdır.
- Maliyeti düşük, yarı ömrü kısa, emniyeti kanıtlanmış, antimikrobiyal direnci düşük, nisbeten dar spektrumlu antibiyotikler seçilmelidir.
- Gelişebilecek antibiyotik direncini önlemek için yeni, tedavide ilk seçenek olabilecek geniş spektrumlu antibiyotiklerin cerrahi profilakside kullanımından sakınmak gerekir.

2.7. Bilimsel Kanıt Düzeyleri

Ia Randomize kontrollü çalışmaların meta analizi

Ib En az bir randomize kontrollü çalışma

IIa En az bir iyi planlanmış randomize olmayan, kontrollü çalışma

IIb En az bir başka yapıda iyi planlanmış deneysel çalışma

III İyi planlanmış, deneysel olmayan tanımlayıcı çalışma (karşılaştırmalı çalışmalar, korelasyon çalışmaları, olgu)

IV Uzman komite raporları ve otoritelerin klinik deneyimleri

2.8. Antibiyotik Profilaksisi Önerilen Cerrahi Girişimler için önerilen kanıt düzeyleri

Yapılan Cerrahi İşlem	Kanıt Düzeyi
Özafagus	IV
Gastroduedonal	Ib
Endoskopik gastrostomi	Ib
İnce Barsak	IV

Safra Yolları (Açık)	Ia
Apendektomi	Ib
Kolorektal	Ia
Laparoskopik ve nonlaparoskopik herni (yama mesh konulan)	IV
Meme	IV
Kalp damar ve göğüs cerrahisinde profilaksi	
Kalp pili takılması	Ia
Açık kalp cerrahisi	IIb
Koroner arter bypass	
Protez kapak cerrahisi	
Pulmoner rezeksiyon	Ib
Ortopedik cerrahi	
Total kalça replasmanı	Ib
Protez diz eklemi replasmanı	IIa
Kapalı kırık fiksasyonu	Ia
Kalça kırığı tamiri	Ib
Spinal cerrahi	Ib
Protez uygulanan tüm işlemler	IV
Jinekolojik Cerrahi	
Sezeryan	Ia
Abdominal histerektomi	Ia
Vaginal histerektomi	Ib
Abortus indüksiyonu	Ia
Kulak Burun Boğaz Cerrahisi	
Baş boyun cerrahisi	Ia
Beyin cerrahisi	
Kraniotomi	Ia
BOS şant operasyonu	Ia
Ürolojik cerrahi	
Transrektal prostat biopsisi	Ib
Taş kırma	Ia
Transüretalprostat rezeksiyonu	Ib

2.9. Antibiyotik Profilaksisi Önerilmeyen Cerrahi Girişimler İçin Önerilen Kanıt Düzeyleri

Yapılan Cerrahi İşlem	Kanıt Düzeyi
Genel Cerrahi	
Laparoskopik kolosistektomi	IIb
Laparoskopik ve nonlaparoskopik herni (yama mesh konulmayan)	Ib
Ortopedik cerrahi	
Protez uygulanmayan tüm elektif işlemlerde profilaksi önerilmez	IV
Kulak Burun Boğaz Cerrahisi	
Baş Boyun Cerrahisi	IV
Kulak Cerrahisi	Ib
Burun ve Sinüs Cerrahisi	IV
Tonsillektomi	IV
Ürolojik cerrahi	
Transüretal mesane tümörü rezeksiyonu	IV

3. AMELİYATIN TİPİNE GÖRE CERRAHİ PROFİLAKSİ ÖNERİLERİ

CERRAHİ TİPİ	ÖNERİLEN PROFİLAKSİ	ETKENLER	AÇIKLAMALAR
<p>BAŞ-BOYUN CERRAHİSİ</p> <p>Oral, faringeal mukozaları kapsayan ameliyatlarda profilaksi önerilir. Kontamine olmayan baş ve boyun cerrahisinde gerekmez.</p> <p>Tonsillektomi, adenoidektomi, rinoplasti için profilaksi önerilmez.</p> <p>Kulak cerrahisinde profilaksi önerilmemekle birlikte, hekim tarafından gerekli görüldüğünde uygulanabilir.</p> <p>Temiz –enstrüman konulan</p>	<p>Sefazolin (1-2 g İV) tek doz +Metronidazol 500 mg (veya</p> <p>Ornidazol 500 mg IV) veya</p> <p>Klindamisin (600-900 mg, İ.V), tek doz +/- Gentamisin (1.5 mg/kg, İV), tek doz</p> <p>Sefazolin (1-2 gr iv) veya</p> <p>Sefuroksim (1.5 gr iv) veya</p> <p>Klindamisin (600 mg iv)</p> <p>Sefazolin 20-30 mg/kg</p>	<p>- <i>S. aureus</i>,</p> <p>-Viridans streptokoklar</p> <p>- Orofarengial anaeroblar (peptostreptokok ve fusobakteriler)</p>	<p>Tek doz profilaksi yeterlidir</p> <p>Profilaksi süresi 24 saati aşmamalıdır</p> <p>Profilaksiye rağmen kontamine cerrahide infeksiyon oranları yüksektir.</p>
<p>OFTALMİK CERRAHİ</p> <p>Katarakt Ekstrasyonu</p> <p>Penetran Oküler Yaralanmalar</p>	<p>Gentamisin (% 0.3 sol.), veya</p> <p>Tobramisin (% 0.3 sol.) işlem öncesinde 1-2 damla topikal olarak uygulanır ve neomisin-gramisidin-polimiksin B ± sefazolin veya</p> <p>Tobramisin 100 mg (20 mg) subkonjonktival</p> <p>Ampisilin /sulbaktam veya</p> <p>Siprofloksasin 200 mg+ Klindamisin 600 mg</p>	<p>-<i>Staphylococcus</i> spp.</p> <p>-<i>Pseudomonas</i> türleri dahil gram negatif mikroorganizmalar</p>	
<p>BEYİN CERRAHİ</p> <p>Temiz ve implant içermeyen Kraniotomi</p> <p>Temiz, kontamine (sinüslerden geçiliyorsa, transsfenoidal, transorofarengial)</p> <p>BOS Şantı</p>	<p>Sefazolin (1-2 g IV) tek doz veya Vankomisin (1 g IV) tek doz</p> <p>Klindamisin (900 mg IV) tek doz veya Amok/Klav 1.2 g, IV veya Sefuroksim 1.5 g + Metronidazol İ.V.</p> <p>Sefazolin (1-2 g IV) tek doz veya Vankomisin 1 g tek doz veya</p> <p>Vankomisin (10 mg) + Gentamisin (3 mg) fizyolojik su ile sulandırılarak intraventriküler veya</p> <p>TMP/SMZ 160/800 mg iv</p>	<p>- <i>S. aureus</i></p> <p>- <i>Koagülaz negatif stafilokoklar</i></p>	<p>Operasyon 3 saatten uzun sürecekse, 8 saat içinde aynı doz tekrarlanır</p> <p>Spinal cerrahide genel olarak profilaksi önerilmez. Ancak füzyon, yabancı madde yerleştirilmesi ya da uzun süren girişimlerde yararı kanıtlanmamış olmakla birlikte profilaksi (sefazolin veya klindamisin ile) kullananlar da vardır.</p>

<p>KARDİYOYASKÜLER CERRAHİ</p> <p>Aşağıdaki durumlarda kullanılır :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kardiyak cerrahi - Abdominal aorta rekonstrüksiyonu - Kasık insizyonu içeren bacak operasyonları - Prostetik yabancı cisim konulan vasküler girişimler - İskemi nedeniyle alt ekstremitte amputasyonu - Kalıcı pacemaker takılması 	<p>Sefazolin (1-2 g, İV), tek doz (veya 3x1 g 1-2 gün) veya Sefalotin (2.0 g) tek doz (veya 4-6 saatte bir 2.0 g, 1-2 gün) veya Sefuroksim (1.5 g, İV), tek doz (veya 2x1 1.5 gm, 1-2 gün) veya Vankomisin (1.0 g, İV), tek doz veya 12 saatte bir 1g 1-2 gün. Nazal <i>S.aureus</i> taşıyıcılığı olan hastalara operasyondan önceki geceden başlanarak nazal mupirosin 5 gün kullanılır.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - S. aureus, - Koagülaz negatif Stafilokoklar - Gram negatif basiller 	<p>Kardiyak kateterizasyon için profilaksi önerilmez.</p> <p>Kardiyotorasik Cerrahide profilaksi 72 saate kadar uzatılabilir (Uzman önerisi). Drenlerin çekilmesine kadar sürdürülmemelidir.</p> <p>Bypass biterken 2. Doz antibiyotik uygulanır. MRSA sıklığı artar ise Vankomisin önerilir. Kasık insizyonlarında, Sefuroksim eklenir.</p>
<p>TORASİK CERRAHİ</p> <p>Torasik cerrahi Lobektomi, pnömektomi</p>	<p>Sefazolin (1.0 g, İV), tek doz Sefuroksim (1,5 g iv) 12 saatte bir veya</p>		<p>Toraks cerrahisinde standart profilaksi önerisi mevcut değildir. Ancak lobektomi, pnömonektomi, wedge rezeksiyonu, toraks travması, özefagus cerrahisi, mediastinoskopi, torasik outlet sendromu, göğüs tüpü takılması ve median sternotomi yapılan tüm diğer girişimlerde genel eğilim profilaksi uygulanması yönündedir.</p>
<p>MİDE VE BİLİYER SİSTEM CERRAHİSİ</p> <p>(Gastroduodenal, Perkütan endoskopik gastrotomi ve laparoskopik kolesistektomi dahil)</p> <p>Yalnız yüksek riskte yapılır</p>	<p>Sefazolin (1-2 g İV) veya Sefoksitin veya Seftizoksım veya sefotetan veya Sefuroksim (1.5 g, İV). tek doz (Bazı otörler 12 saatte bir 2-3 ilave doz önermektedir).</p>	<p>Gram negatif basiller, streptokoklar, orofarengiyal anaeroblar</p>	<p>Gastroduodenal Yüksek Risk: Aklorhidri, gastrik motilitesi azalmış, morbid obes, kanserli veya mide kanaması geçiren hastalar</p> <p>Biliyer Yüksek Risk:Obesite, >70 yaş, diyabet, non- fonksiyone safra kesesi (akut kolesistit epizodu, kolelitiazis), tıkanma sarılığı, kanal taşları olan hastalar.</p>
<p>ERCP</p> <p>Obstrüksiyon olmadıkça profilaksi gereksiz.</p>	<p>Siprofloksasin (500-750 mg PO) işlemden 2 sa önce. Seftizoksım 1.5 g İV işlemden 1 sa önce veya Piperasilin/tazobactam (4.5 g, İV) işlemden 1 sa önce.</p>	<p>Gram negatif basiller, anaeroblar</p>	<p>Yeterli drenaj kolanjit ve sepsisi önleyebilir. Randomize çalışmalarda profilaktik antibiyotik ek katkı sağlamadığı gösterenler vardır.</p> <p>Antibiyotikler bakteriyemiye azaltmakta birlikte sepsis ve kolanjiyoliti önleyememiştir.</p>

<p>KOLOREKTAL CERRAHİ (APPEDEKTOMİ DAHİL) Elektif cerrahi</p>	<p>Cerrahiden önceki gün sulu diyet ve oral polietilen glikol ile barsak temizliği ile birlikte:</p> <p>ORAL: Neomisin sülfat 1g PO + eritromisin baz 1 g PO (Cerrahiden 19-18-9 saat önce) veya Metronidazol+Eritromisin PO girişimden 30 dakika – 4 saat önce (Cerrahiden 19-18-9 saat önce)</p> <p>PARENTERAL: Sefazolin 1-2 g İV + Metronidazol 500 mg IV (veya ornidazol 500mg IV) veya Sefoksitin 1-2g IV veya Sefotetan 1-2 g IV veya</p>	<p>Gram negatif basiller, anaeroblar</p>	<p>Peritonit gelişmişse; Gram (-) aerop ve anaeroplari içeren antibakteriyel tedavi başlanır. Örn.: Seftriakson+Metronidazol</p>
<p>Acil cerrahi</p>	<p>Sefazolin 1-2 g, IV + Metronidazol 0.5 g, İV tek doz veya Sefoksitin 1-2 g, İV</p>		
<p>Rüptüre organ</p>	<p>Sefoksitin 3x1, İV 5 gün veya Seftriakson 2x1 g IV + Metronidazol 3x0.5 g İV 5gün</p>		
<p>OBSTETRİK/JİNEKOLOJİ Vajinal /abdominal radikal histerektomilerde</p>	<p>Sefazolin 1-2 g, İV, tek doz , Sefoksitin 1-2 g, İV, tek doz Sefuroksim 1.5 g, İV, tek doz, Sefotetan 1.5 g, İV, tek doz</p>		<p>Ameliyattan 30 dakika önce uygulanır. Uzayan operasyonlarda dozlar her 3 saatte bir tekrarlanır</p>
<p>Erken membran rüptürü veya komplike sezaryende</p>	<p>Sefazolin 1 g, İV, umbilikal kord klampe edilir edilmez. 6-12 saat sonra tekrar.</p>	<p>Gram negatif basiller, Grup B streptokoklar, Enterokoklar,</p>	<p>Göbek bağı kleplendikten sonra</p>
<p>Abortus, 1. trimesterde PID öyküsü varsa Sistosel/rektosel onarımı, adnexal cerrahi, konizasyon, manuel plasenta çıkartılması, komplike olmayan dilatasyon ve küretaj işlemlerinde profilaksi önerilmiyor</p>	<p>1.trimesterde ise Sefazolin 1 g, İV veya Doksisisiklin 300 mg PO; 2. trimesterde ise Sefazolin 1 g, İV</p>	<p>Anaeroblar</p>	
<p>MEME CERRAHİSİ</p>	<p>Parenteral 1., 2. Kuşak Sefalosporinler. Dozlar histerektomide (yukarıda) olduğu gibidir.</p>		

<p>ÜROLOJİK GİRİŞİMLER</p> <p>İdrarı steril hastalarda antimikrobiyal profilaksi tavsiye edilmez. Preop. Bakteriüri saptananlar ise önce tedavi edilmelidir.</p>	<p>Preoperatif bakteriüri saptananlarda işlemden 2 saat önce Oral: Trimetoprim/ sulfometoksazol veya Siprofloksasin 500 mg PO veya Lomefloksasin 400 mg PO, sonra katater çıkarılana kadar veya 10 gün süre ile (oral Nitrofurantoin veya TMP/SMX) verilir. Parenteral: Sefazolin 1.0 g, İ.V. 3x1, 1-3 doz ya da siprofloksasin 400 mg IV verilir.</p>	<p>Gram negatif basiller</p>	
<p>Transrektal prostat biyopsisi</p>	<p>Siprofloksasin 500 mg veya Aminoglikozid + Metronidazol yada Klindamisin veya 2./3. kuşak sefalosporin Biyopsiden 12 saat önce ve sonra birer doz verilir</p>	<p>Barsak florası (Gram negatif basiller, anaeroblar)</p>	<p><24 saat</p>
<p>Transuretral veya transvezikal prostatektomi</p>	<p>Siprofloksasin 400 mg iv veya 1. ve 2. kuşak sefalosporin (sefazolin 1 g ya da Sefuroksim 1.5 g) veya Trimetoprim sulfometoksazol veya Gentamisin 80 mg iv + Ampisilin 1 gr iv veya Amoksisilin /klavulanik asit</p>	<p>Gram negatif basiller</p>	<p><24 saat</p>
<p>Nefrektomi, nefrolitiyazis</p>	<p>1. ve 2. kuşak sefalosporin (sefazolin 1 g ya da sefuroksim 1.5 g) Aminoglikozid + metronidazol ya da klindamisin</p>	<p>Cilt ve genitoüriner yol florası</p>	
<p>ORTOPEDİK CERRAHİ Kalça artroplastisi, spinal füzyon</p>	<p>Kardiyak cerrahide olduğu gibidir</p>		<p>Hemovak çıkarılınca profilaksi sonlandırılır.</p>
<p>Total eklem replasmanı (kalça hariç)</p>	<p>Ameliyathaneye alınca Sefazolin 1-2 g IV veya Vankomisin 1.0 g, İ.V., sonra 2x1.0 g/gün İ.V. (veya 4X500 mg), 2 gün</p>	<p>S.aureus koagülaz negatif streptokoklar</p>	
<p>Kapalı kırıkta açık redüksiyon+ internal fiksas</p>	<p>Seftriakson 2 g, İ.V. veya İ.M.</p>	<p>Stafilokoklar, streptokoklar, gram negatif basiller</p>	
<p>TRAVMATİK YARA (ISIRIK YARALARI HARIÇ)</p>	<p>Sefazolin 1.0 g, İ.V., 3X1/gün, ≥ 5 gün veya Seftriakson 2.0 g, İ.V., 24 saatte bir ≥ 5 gün.</p>		

<p>PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ</p>			<p>Mevcut klinik çalışmalar çerçevesinde, bu alandaki çoğu girişim için profilaksi önerilmemektedir.</p> <p>Eğer hekim tarafından kullanılması gerekli görülüyor ise, genel ilkeler dikkate alınmalıdır.</p>
<p>TRANSPLANTASYON CERRAHİSİ Kalp transplantasyonu Akciğer ve kalp-akciğer transplantasyonu Karaciğer transplantasyonu Pankreas ve böbrek transplantasyonu Böbrek transplantasyonu</p>	<p>Sefazolin 1g IV insizyondan 30 dakika önce, 8 saatte bir ek doz 48-72 saat süre Sefazolin 1g IV insizyondan 30 dakika önce, 8 saatte bir ek doz 48-72 saat süre Sefotaksim 1 g + Ampisilin 1g anestezi indüksiyonu ile birlikte IV, 6 saatte bir aynı uygulama, 48 saat süre Sefazolin 1 g IV, anestezi ile birlikte verilir, üç saatten uzun operasyonlarda ek doz Sefazolin 1 g IV, anestezi ile birlikte, üç saatten uzun operasyonlarda ek doz</p>	<p><i>Staphylococcus aureus</i>, koagülaz negatif stafilokok <i>Staphylococcus aureus</i>, koagülaz negatif stafilokok Gram negatifler, Enterokok, stafilokok, nadiren <i>P.aeruginosa</i> Gram negatif basiller (<i>E. coli</i>, <i>Klebsiella</i> vb), stafilokoklar Enterik gram negatif basil</p>	

4. SEÇİLMİŞ BAKTERİYEL İNFEKSİYONLARA YÖNELİK ANTİMİKROBİYAL PROFİLAKSİ

Etyolojik Ajan /Hastalık	Profilaksi:Ajan/Doz/Yol/Süre	Öneriler
Grup B streptokokal hastalık (GBS)		
<p>1. Tüm Hamile kadınlar hamileliğin 35–37. Haftalarında taranmalı. Kültür pozitif ise doğum sırasında tedavi verilir.</p> <p>2. Önceden invazif GBS enfeksiyonlu bir infant doğurulmuşsa veya gebelik sırasında GBS bakteriyüresi gelişmişse, doğum sırasında tedavi verilir.</p> <p>3. GBS durumu bilinmiyor amaduyarlı GBS: Klindamisin 900mg IV 8qh. aşağıda belirtilenlerden herhangi birisi varsa tedavi verilir.</p> <p>a)<37 haftada doğum b)≥18 saattir var olan membran rüptürü c)İntrapartum sıcaklık ≥38.0°C.</p>	<p>Doğum sırasında profilaktik rejim: Pen G 5 milyon ünite İV (yükleme) sonra 2,5 milyon ünite İV q4h Alternatif tedavi:Ampisilin 2gm İV (yükleme), sonra 1 gm İV q4h Pen alerjisi:Anafilaksi açısından yüksek risk taşımayanlar; Sefazolin 2 gm IV başlangıç dozu, sonra 1gm İV q8h. Anafilaksi açısından yüksek risk taşıyanlar; Klindamisin ve eritromisin veya Eritromisin 500mg IV q6h. Klindamisin veya eritromisine alternatif gerektiğinde vankomisin önerilebilir. Doğuma kadar tedaviye devam edilir.</p>	
Profilaksi alan anneden doğan yenidoğan		Bulgu ve semptomların yakın takibi, infantların %95 ilk 24 saatte, anne intrapartum antibiyotik alsın ya da almasın, enfeksiyonun klinik bulgularını gösterir. Gestasyonel Yaşı <35 hafta olan veya <4 saat intrapartum antibiyotik alanlarda laboratuvar değerlendirimi ve ≥48 saat gözlem önerilir.
GBS negatif kadında erken membran rüptürü, preterm	(IV ampisilin 2gm q6h. + IV eritromisin 250 mg q6h.) 48 saat sonra, 5 gün po amoksisilin 250mg q8h. + po eritromisin baz 333 mg q8h. İnfant morbiditesini azaltır.	Antibiyotik tedavisi plaseboya kıyasla infant respiratuvar distres sendromunu ve nekrotizan enterokoliti azaltmış ve hamilelik süresini uzatmıştır.Büyük bir çalışmada, po eritromisin plaseboya kıyasla neonatallerdeki sonucu iyileştirmiş fakat bu etki Amoksisilin-klavunat ve her iki ilacın kombinasyonunda gözlenmemiştir.
Postsplenektomi bakteriyemi: Olası ajanlar Pnömonok (%90), meningokok, H. İnfluenza tip b	5 yaşına kadar antimikrobiyal profilaksi:Amoksisilin 20mg/kg/gün veya Pen V 125mg bid 5 yaş sonrası:Splenektomi sonrası çocuklara en az 1 yıl Pen V 250mg bid verin. Bazıları profilaksinin 18 yaşına kadar verilmesini öneriyor.Aşılama devam edin artı febril hastalık varlığında hekim desteği alana değin hasta Amoksisilin-klv. Kullansın Pen alerjisi:TMP-SMZ veya klaritromisin seçeneklerdir.	Aşılama: Önerilen zamanlarda pnömonok , H.influenza B ve kuadrivalan meningokokal aşının yapıldığına emin olun Ayrıca sicle cell anemi, talasemi hastalığı olan asplenik çocuklara 5 yaşına değin günlük antimikrobiyal profilaksi önerilir.
H.influenza tip B ve N.meningitidis profilaksisi		

Hemofilus influenza tip B	Çocuklar:Rifampisin 20mg/kg po (600mg geçmemek kaydıyla) q24h x 4 gün Erişkinler:Rifampisin 600mg q24h x 4 gün	Ev içi: Evde ≤ 4 yaşında bir aşılanmamış çocuk ile temas olmuşsa, gebe kadın hariç tüm ev bireylerine rifampisin verilir. Çocuk bakım merkezleri: ≤ 2 yaşında aşılanmamış 1 çocukla temasta, duyarlı kişilere profilaksi + aşı uygulanır. >2 yaş profilaksi uygulanmaz. 60 gün içinde ≥ 2 olgu olmuşsa ve aşılanmamış çocuklar temasta bulunmuşsa, çocuk ve personele profilaksi önerilir.
N. meningitidis temas	Siprofloksasin(Erişkinler) 500mg tek doz veya Seftriakson 250mg IM 1doz (çocuklar<15yaş 125mgIM x1) veya Rifampisin 600mg po q12 x 4 doz (Çocuklar> 1 aylık 10mg/kg po q12 x 4 doz, <1 ay 5mg/kg q12 x 4 doz veya Spiramisin 500mg po q6h x 5 gün Çocuklar 10 mg/kg po q6h x 5 gün	Aerosolle değil damlacıkla yayılır,bu nedenle yakın temas gerekli. Hastalık başlamadan önceki hafta içinde en az 4 saat yakın temas olmuşsa (Örn; aynı evde oturma, hapishanedekiler) veya hastanın nozofaringeal salgılarıyla temasta bulunmuşsa risk yüksektir.Rifampisin dirençli N. Meningitidis gösterildiğinden siprofloksasin veya seftriaksonla temas sonrası profilaksi tercih edilebilir.

4.1. Endokardit Profilaksisi için Hasta Seçimi

Aşağıda Belirtilen, Endokarditle ilişkili Yüksek Riskli Kardiyak Sorunlardan Herhangi Birine Sahip Hastalar	Aşağıda Belirtilen Dental İşlemlerin Uygulanacağı Hastalar:	Aşağıda Belirtilen İnvazif Respiratuvar İşlemlerin Uygu Hastalar	Gİ veya GÜ Sisteme, Aşağıda Belirtilen İnvazif İşlemlerinin Uygulanacağı Hastalar:	İnfekte Deri ve Yum. Dokuya, İşlemlerinin Uygu Hastalar:
Protez kalp kapağı İnfektif Endokardit öyküsü Konjenital kalp hastalığı artı Aşağıdakilerden birisi; • Protez materyalle tamamen onarılmış Kardiyak defekt (sadece ilk 6 ay) • Kısmen onarılmış fakat protez Materyal yakınında rezidü defekt var • Düzeltilmemiş siyanotik konjenital Kalp hastalığı • Cerrahi olarak onarılmış şant ve oluk Kalp transplantı sonrası valvulopati	Dişeti dokusunaş dental periapikal Bölgeye herhangi bir işlem veya Oral mukozayı perfore edici bir işlem. Profilaksi Önerilir. (Rutin anestetik enjeksiyonlar(infekte Alan üzerinden olmadığı sürece) Dental direk grafi, ilk dişlerin dökülmesi, Ortodontik cihazların ayarlanması veya Ortodontik braket ya da çıkarılabilir cihaz Yerleştirimi için profilaksi önerilmez	Respiratuvar traktus mukozası insizyonu Profilaksi Düşün veya Kanıtlanmış infeksiyon tedavisi için Profilaksi önerilir.	Enterekokkal ÜSi olan hastalar için: Elektif GÜ işlem öncesi tedavi edin Elektif olmayan işlemler için perioperatif rejimin enterokoku kapsamı sağlanır. Varolan GÜ veya Gİ infeksiyonu olan yada cerrahi alan infeksiyonu veya sepsisi önlemeye yönelik perioperatif antibiyotik alan hastalar için Perioperatif rejime anti enterokokkal kapsamı sağlayan ilaçların dahil edilmesi mantıklı	Tedavi rejiminin, stafilokok ve B-hemolitik streptokoku kapsamı sağlanır.

5. ANTİBİYOTİK DUYARLILIK TESTLERİNDE ANTİBİYOTİK SEÇİMİ VE KISITLI ANTİBİYOTİK BİLDİRİMİ

Bir laboratuvarın duyarlılık test sonuçlarını rapor etme politikası, duyarlılık testlerinin uygulanması kadar üzerinde önemle durulması gereken bir durumdur. Rapor edilecek antibiyotiklerin seçimi ve raporlama kuralları klinisyenin antibiyotik seçimi ve tedavisinin başarısında göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Laboratuvar, her şeyden önce hangi etkene hangi duyarlılık test yöntemini uygulayacağına, hangi antibiyotikleri test edeceğine, nasıl yorumlayacağına ve rapor edeceğine karar vermeli, bu konuda bilimsel doğrulara, ülke gerçeklerine ve hastane şartlarına uygun sağlıklı bir politika oluşturmalı ve bu politikasını ödün vermeksizin uygulamalıdır. Bu konuda en iyi karar klinik mikrobiyoloji laboratuvarı, enfeksiyon hastalıkları kliniği, enfeksiyon kontrol komitesi, antibiyotik kullanımını kontrol komitesi, hastane eczanesi gibi bölümlerin koordinasyonu ile oluşturulmalıdır.

Geçmiş yıllarda kısıtlı sayıda antibiyotik kullanımda olduğu için bu konuda bir sıkıntı yaşanmamış ve rutin uygulamada eldeki tüm antibiyotikler test edilebilmiştir. Oysa günümüzde birbirlerine benzer yapı ve etkinlikte çok sayıda antibiyotik kullanıma girmiştir. Bu antibiyotiklerin; Food and Drug Administration (FDA) onayına sahip olup olmaması, test edilebilecek formunun olup olmaması, rutin test ve stoklama koşullarındaki stabilite, maliyeti, kabul edilebilir kalite kontrol değerlerinin varlığı, mikrobiyolojik aktivite spektrumu, uygun olan diğer antibiyotiklerle uyumluluğu, doku ve vücut sıvılarına dağılımı, toksisitesi, bu veya benzer ilaçlarla daha önce edinilmiş deneyimler, test endikasyonları, emilimi, atılım yolu, vücut bölgelerine geçişi ve kullanılan in vitro testlerin prediktif değerleri göz önünde bulundurulmalıdır. Her şeyden önce bu konuda yayınlanmış bilimsel çalışmalar ve derlemeler incelenmeli, çeşitli kuruluşlar tarafından yayınlanmış standartlar referans olarak alınmalıdır. Genellikle ülkemizde antibiyotik seçimi, testlerin standardizasyonu ve kalite kontrolü konusunda Amerika Birleşik Devletlerinin National Committee for Clinical Laboratory Standards (NCCLS) kuruluşunun yayınları takip edilmekte ve uygulanmaktadır. Tüm olası etkenleri göz önünde bulundurarak NCCLS; antibiyotik seçimi, test sonuçlarının değerlendirilmesi ve testte kullanılacak yöntemlerin ve malzemelerin kalite kontrol standartlarını yayınlamıştır. NCCLS antibiyotikleri, izole edilen mikroorganizmalara etkilerine göre dört ayrı grupta toplamıştır.

A-Grubu: Primer olarak test ve rapor edilecek ajanlardır. Bu grupta o etkenlerle oluşabilecek birçok enfeksiyonu tedavi edebilecek temel antibiyotik gruplarını temsil eden ajanlar bulunur.

B-Grubu: Primer olarak test edilecek, selektif olarak rapor edilecek ajanlardır. Bu gruptaki ajanlar A grubundaki ajanlara dirençli ise, klinik örnek bu gruptaki ajanların kullanımını gerektiriyorsa, hasta A grubundaki ajanları tolere edemiyorsa, enfeksiyon birden fazla etkenden oluşuyorsa, birden fazla bölgede enfeksiyon mevcutsa, epidemiyolojik çalışmalar söz konusu ise rapor edilirler.

C-Grubu: Ek olarak test ve selektif rapor edilecek ajanlardır. Bu gruptaki ajanlar B grubundaki durumlar oluştuğunda, çok nadir karşılaşılan bir etken izole edildiğinde, A ve B grubundaki ajanların tümü dirençli ise test ve rapor edilirler.

U-Grubu: Sadece idrar örnekleri için ek olarak test ve rapor edilecek ajanlardır.

5.1. Etkene Göre Rapor Etme

Laboratuvarlar her şeyden önce rutinde ve özel şartlarda duyarlılık testi uygulayacakları mikroorganizmaları saptamalıdır. Bu karar, mikroorganizmanın klinik önemine ve duyarlılık profiline bağlıdır. Genelde stafilokoklar, psödomonadlar, *Enterobacteriaceae* üyeleri, enterokoklar, *Haemophilus* türleri rutin olarak test edilir. A grubu beta hemolitik streptokoklar, *Neisseria* türleri gibi genelde karakteristik duyarlılık dağılımına sahip mikroorganizmalara duyarlılık testi yapılması gereksizdir. (Tablo 1 ve 2)

A. Enterobacter :

- a) İkinci kuşak sefalosporinler, birinci kuşak sefalosporinlere dirençli ise rapor edilir,
- b) Üçüncü kuşak sefalosporinler, birinci ve ikinci kuşak sefalosporinlere dirençli ise rapor edilir,
- c) Tobramisin ve/veya amikasin, gentamisine dirençli ise rapor edilir,
- d) Piperasilin, tikarsiline dirençli ise rapor edilir,

e) Bazı geniş spektrumlu beta laktamaz (ESBL) taşıyan *Enterobacteriaceae* üyeleri (*Klebsiella* ve *Echerichia coli* gibi) aztreonam ve üçüncü kuşak sefalosporinlere ve geniş spektrumlu penisilinlere karşı direnç gösterirken; sefazolin gibi birinci, sefoksitin gibi ikinci kuşak sefalosporinlere, beta laktamaz inhibitörlü beta laktam antibiyotiklerine (BL+BLI) ve karbapenemlere karşı duyarlıdırlar. Bu tip etkenlerde rutin antibiyogramda şüphelenildiğinde çift disk sinerji yöntemi uygulanarak ESBL pozitifliği araştırılmalıdır. ESBL pozitif suşların bazen BL+BLI direnç gösterebilecekleri gözardı edilmemeli ve test edildikten sonra rapor edilmelidirler. Karbapenemlere duyarlıdırlar, test edilmeksizin rapor edilebilirler.

f) *Salmonella* ve *Shigella spp.* suşları için rutin olarak sadece ampisilin, bir kinolon ve trimetoprim/sulfametoksazol test ve rapor edilmelidir. *Salmonella* türlerinin barsak dışı kaynaklardan izole edilen suşları için bunlara ek olarak kloramfenikol ve üçüncü kuşaktan bir sefalosporin de test ve rapor edilmelidir.

g) Sefalotin, sefapirin, sefradin, sefaleksim, sefaklor ve sefadroksili temsilen “sefalotin” kullanılabilir. Sefazolin, sefuroksim, sefpodoksim, sefprozil ve lorakarbef (sadece idrar izolatları için) tek tek test ve rapor edilmelidir, çünkü sefalotinin dirençli olduğu durumlarda önemli olabilirler.

h) *E.coli* ve *Klebsiella*'ya sefazolin, diğer birinci kuşaklardan daha etkilidir. Bu nedenle sefazolin sonucuna göre diğer birinci kuşaklar rapor edilmemelidir.

i) Bazı nadir izolatlar aminoglikozid-modifiying enzim oluştururlar ve gentamisin, tobramisin ve amikasinine direnç gösterirken, netilmisine duyarlıdırlar. Rapor edilirken bu olasılık gözardı edilmemelidir.

B. Pseudomonas aeruginosa :

- a) Mezlosilin ve tikarsiline dirençli ise piperasilin rapor edilir,
- b) Gentamisine dirençli ise tobramisin ve/veya amikasin rapor edilir,
- c) Seftazidim dirençli ise imipenem rapor edilir,
- d) *P.aeruginosa*'da seftizoksim duyarlılığı üriner sistem enfeksiyonları dışında rapor edilmemelidir,
- e) Eğer sistemik bir infeksiyon söz konusu ise bu etken için kloramfenikol, tetrasiklin ve trimetoprim-sulfametoksazol rapor edilmemelidir.

C. Stafilokok:

- a) Vankomisin sadece metisilin /oksasilin dirençli ise rapor edilir,
- b) Oksasilin dirençli ise tüm beta laktamlar in vitro duyarlı çıksalar da dirençli rapor edilir,

D. Enterokok:

- a) Vankomisin sadece ampisilin dirençli ise rapor edilir,
- b) Sefalosporinler ve aminoglikozitler (yüksek düzeyde aminoglikozit direncini görüntülemek dışında), klindamisin ve trimetoprim/sulfametoksazol enterokoklar için test ve/veya rapor edilmemelidir; çünkü bu sonuçların rapor edilmesi tehlikeli olabilecek, yanıltıcı sonuçlar verebilir.

c) Enterokoklar aminoglikozidlerin klinik olarak erişilebilen konsantrasyonlarına ve penisiline intrinsek dirençlidirler. Hayatı tehdit edici enterokok infeksiyonlarında tek başlarına hiçbiri ile öldürücü etki elde edilemezken, penisilin veya vankomisin ile bir aminoglikozid kombinasyonu, enterokoklara karşı in vitro sinerjistik bakterisidal etki gösterir, bu nedenle kombine kullanımları önerilir. Yüksek düzeyde aminoglikozid direnci test edildiğinde, sadece streptomisine dirençli ise bunun dışındaki aminoglikozidler rapor edilebilir. Oysa gentamisine dirençli ise bununla beraber, kanamisin, amikasin, tobramisin ve netilmisin ile yapılacak kombine tedaviden de öldürücü sinerjistik etki beklenmediğinden bu ajanlar test ve rapor edilmemelidir. Hem streptomisine hem de gentamisine direnç varsa, kombinasyon tedavisi hiç önerilmemektedir. Tüm bu olasılıklar göz önünde bulundurularak streptomisin ve gentamisine yüksek düzey direnci test ve rapor edilmelidir.

5.2. Vücut Bölgesine Göre Selektif Rapor Etme

a) Beyin omurilik sıvısı izolatlarında kan beyin bariyerini geçen tüm antibiyotiklerin sonuçlarını rapor edilmelidir.

b) Sadece üriner sistem infeksiyonlarının tedavisinde kullanılabilen ilaçların sonuçları sadece üriner sistem izolatlarında rapor edilir.

5.3. Hastanın Özelliğine Göre Selektif Rapor Etme

a) Bazı antibiyotikler bazı yaş grupları için kullanıma uygun değildir. Kinolonlar çocukluk yaş grubunda kırkırdak doku gelişimini bozduğu için kontraendikedir.

b) Ayaktan hastalara intravenöz ilaçların rapor edilmesinden kaçınılmalıdır.

c) İmmünoyetersiz hastalarda bakterisidal aktivite önemli olduğundan geniş spektrumlu ve kuvvetli etkili antibiyotiklerin rapor edilmesinden kaçınılmamalıdır.

d) Çok ciddi infeksiyonlarda enfeksiyon bölgesine hızla ve yeterli düzeyde ulaşabilecek antibiyotikler öncelikle rapor edilmelidir.

5.4. Bazı Antibiyotiklerin Rutin Olarak Test Ve Rapor Edilmemesinin Nedenleri

a) Klinisyenin antibiyotik seçimi laboratuvar raporundan etkilenir.

b) Kısıtlı rapor etmek daha pahalı ve toksik ilaçların kullanımını kısıtlar.

c) Yeni ajanların uygunsuz ve gereksiz kullanımını engeller.

d) Uygunsuz kullanım sonucu oluşacak direnç gelişimi engellenir.

e) Bazı enfeksiyonların tedavisinde bazı antibiyotikler in vitro duyarlı çıksa da in vivo etkisizdir. Bu tip ilaçların gereksiz kullanımı engellenir. Örneğin; metisiline dirençli *S. aureus*'un beta laktamlara dirençli olması.

Tüm bu bilgiler ışığında klinik mikrobiyoloji laboratuvarlarında oluşturulacak raporlama politikalarının; klinisyenlerin daha bilinçli antibiyotik kullanmalarını sağlayacağı, hastane enfeksiyonu etkenlerinde gereksiz direnç gelişimini engelleyeceği ve ilaç maliyetlerini düşüreceği bir gerçektir.

5.5. Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Kolay Üreyen Organizmaların Rutin Test ve Rapor Edilmesi İçin Önerilen Ajanların Gruplandırması

	Enterbacteriaceae	Pseudomonas ve Acinetobacter türleri	Stafilokok türleri	Enterokoklar türleri
Grup-A Primer test ve rapor edilecekler	Ampisilin	Seftazidim	Oksasilin	Penisilin
	Sefazolin	Gentamisin	Penisilin	Ampisilin
	Sefalotin	Mezlosilin veya		
	Gentamisin	Tikarsilin Piperasilin		
Grup-B Primer test ve rapor edilecekler	Amikasin	Amikasin	Azitromisin veya	Vankomisin
	Amoksisilin/ klav veya Ampisilin / sulbaktam,	Aztreonam	Klindamisin	
	Piperasilin/ tazobaktam,	Sefoperazon	Trimetoprim/	
	Tikarsilin/klavulanik asid	Sefepim	Sulfametoksazol	
	Sefamandol veya	Siprofloksasin	Vankomisin	
	Sefepim	İmipenem veya Meropenem		
	Sefepim Siprofloksasin	Tobramisin		
	Sefmetazol			
	Sefoperazon,			
	Sefotetan,			
	Sefoksitin			
	Sefotaksim veya			
	Siprofloksasin veya			
	İmipenem veya			
	Mezlosilin veya			
	Tikarsilin			
Trimetoprim/ sulfametoksazol				
Grup-C Ek olarak Selektif rapor edilecekler	Aztreonam	Sefotaksim veya	Kloramfenikol	Gentamisin
	Seftazidim	Kloramfenikol	Siprofloksasin veya	Streptomisin
	Kloramfenikol	Netilmisin	Gentamisin	(Sadece yüksek düzey direnç saptanması için)
	Kanamisin	Trimetoprim/ sulfametoksazol	Rifampin	
	Netilmisin		Tetrasiklin	
	Tetrasiklin			Kloramfenikol
	Tobramisin			Eritromisin
			Tetrasiklin	
			Rifampin	
Grup-U İdrar kültürleri için ek ajanlar	Karbenisilin	Karbenisilin	Lomefloksasin veya	Siprofloksasin
	Sinoksasin	Seftizoksim	norfloksasin	Levofloksasin
	Lomefloksasin veya	Levofloksasin veya		Nitrofurantoin
	Lorakarbef	lomefloksasin veya	Nitrofurantoin	Tetrasiklin
	Nitrofurantoin	norfloksasin veya	Sulfisoksazol	
	Sulfisoksazol	Sulfisoksazol	Trimetoprim	
		Tetrasiklin		

5.6. Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında Zor Üreyen Organizmaların Rutin Test ve Rapor Edilmesi İçin Önerilen Ajanların Gruplaması

	Haemophilus spp	Neisseriae gonorrhoeae	Streptococcus pneumoniae	Diğer Streptokoklar
Grup-A Primer test ve rapor edilecekler	Ampisilin		Eritromisin Penisilin (oksasilin diski)	Eritromisin Penisilin veya
	Trimetoprim/ sulfametoksazol		Trimetoprim/ sulfametoksazol	
Grup-B Primer test ve rapor edilecekler	Sefatoksim		Grepafloksasin Levofloksasin veya Sparfloksasin Ofloksasin	Kloramfenikol Klindamisin Vankomisin
	Sefuroksim sodium (parenteral)		Tetrasiklin	
	Kloramfenikol Meropenem		Vankomisin	
Grup-C Ek olarak Selektif rapor edilecekler	Azitromisin veya Klaritromisin	Sefiksim veya sefotaksim veya sefpodoksım veya seftizoksım veya seftriakson	Kloramfenikol Rifampin	Sefotaksim veya Sefepim
	Aztreonam			Levofloksasin
	Sefaklor veya Sefiksim veya Sefonisid	Sefmetazol		Ofloksasin
	Sefurosım aksetil (oral)	Sefotetan Sefoksitin Sefuroksim		
	Siprofloksasin veya Grepafloksasin veya Levofloksasin veya Lomefloksasin veya Ofloksasin veya Sparfloksasin	Siprofloksasin veya Grepafloksasin veya Ofloksasin		
	İmipenem	Penisilin,		
	Rifampin	Spektinomisin		
	Tetrasiklin	Tetrasiklin		

6. SİSTEMİK ANTİMİKROBİK VE DİĞER İLAÇLARIN REÇETELEME KURALLARI LİSTESİ

Tedavi için gerekli görülen antibiyotikler, aşağıda belirtilen esaslara göre reçete edilecektir.

Aşağıdaki Listedeki kısaltma ve ibareler için liste sonunda “AÇIKLAMALAR” bulunmaktadır.

1-BETALAKTAM ANTİBİYOTİKLER		
A) Penisilinler		
1	Amoksisilin	KY
2	Amoksisilin-Klavulanat (Parenteral)	UH-P
2.1	Amoksisilin-Klavulanat (Oral)	KY(600mg/42,9 mg lik formu uzman hekimler tarafından reçetelenir)
3	Ampisilin	KY
4	AmpisilinSulbaktam (Parenteral)	UH-P
4.1	AmpisilinSulbaktam(Oral)	KY
5	Azidosilin	KY
6	Bakampisilin	KY
7	Mezlosilin	UH-P, A 72
8	Penisilin (Prokain, Benzatin, Kristalize, Pen V, Fenoksimetil)	KY
9	Piperasilin	UH-P, A 72
10	Piperasilin-Tazobaktam	EHU
11	TikarsilinKlavulanat	EHU
12	Karbenisilin	UH-P, A 72
13	Sulbaktam	EHU
B)Sefalosporinler		
1. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefadroksil	KY
2	Sefaleksil	KY
3	Sefazolin	KY
4	Sefradin	KY
5	Sefalotin	KY
5.1 (Ek:RG- 21/04/2015-29333/ 37-a md. Yürürlük: 30/04/2015)	SefuroksimAksetil -Klavulanat (Oral)	KY
2. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefaklor	KY
1.1 (Ek: RG-04/05/2013-28637/40-a md. Yürürlük: 11/05/2013)	Sefaklor-Klavulanat (Oral)	KY
2	Sefoksitin	UH-P
3	Sefprozil	KY
4	Sefuroksim (Parenteral)	UH-P
5	SefuroksimAksetil	KY
6	Lorakarbef	KY
7 (Ek: RG-07/10/2016-29850/52-a md. Yürürlük: 15/10/2016)	Sefuroksim sodyum intrakameral enjeksiyonluk çözelti	Yalnızca göz hastalıkları uzman hekimi tarafından yatan hastalarda reçete edilir.
3. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefiksım	UH-P
1.1 (Ek: RG-26/09/2013-28777/13md. Yürürlük:04/10/2013)	Sefiksım-klavulanat (oral)	UH-P
2	Sefodizim	UH-P
3	Sefoperazon	UH-P, A 72
4	Sefoperazon-Sulbaktam	EHU
5	Sefotaksim	UH-P, A 72
6	Seftazidim	UH-P, A 72
7	Seftizoksım	UH-P, A 72
8	Seftriakson	UH-P, A 72APAT'TA KY (Bakınız 6/a)

9 Değişik:RG- 25/07/2014- 29071/ 63-a md. Yürürlük: 07/08/2014	Sefditoren	UH-P UH-P (400 mg lık formu yalnızca ağır pnömonide ve günlük maksimum kullanım dozu 2 x 1 şeklinde kullanılır.)
10 (Değişik : RG- 24/12/2016- 29928/7 md. Yürürlük: 24/12/2016)	Sefdinir	UH-P (600 mg lık formu günlük maksimum kullanım dozu 1 x 1) Ayaktan tedavide birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre uzman olan tüm hekimlerce, ilaveten 1. Basamak sağlık hizmeti sunucularında ise enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden yetkilendirilmiş aile hekimleri tarafından reçetelendirilebilir. (600 mg lık formu günlük maksimum kullanım dozu 1 x 1)
10.1 (Değişik: RG- 24/12/2016- 29928/7 md. Yürürlük: 24/12/2016)	Sefdinir- Klavulanat (Oral)	UH-P Ayaktan tedavide birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre uzman olan tüm hekimlerce, ilaveten 1. Basamak sağlık hizmeti sunucularında ise enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden yetkilendirilmiş aile hekimleri tarafından reçetelendirilebilir.
11	Sefpodoksim Proksetil	UH-P
11.1	Sefpodoksim Proksetil- Klavulanat (Oral)	UH-P
12	Seftibuten	UH-P
12. 1(Ek: RG- 04/05/2013- 28637/ 40-b md. Yürürlük:11/05/2013)	Seftibuten-Klavulanat (Oral)	UH-P
4. Kuşak Sefalosporinler		
1	Sefepim	EHU
C) Diğer Betalaktam Antibiyotikler		
Monobaktamlar		
1	Aztreonam	UH-P, A 72
Karbapenemler		
1	İmipenem	EHU
2	Meropenem	EHU
3	Ertapenem	EHU (1x1 dozda)
4	Doripenem	EHU
2-MAKROLİD VE LİNKOZAMİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
A) Makrolidler		
1 (Ek: RG- 04/02/2018- 30322/33-a md. Yürürlük: 15/02/2018)	Azitromisin Oral	KY
1.1 (Ek: RG-04/02/2018- 30322/33-a md. Yürürlük: 15/02/2018)	Azitromisin Parenteral	UH-P
2	Diritromisin	KY
3	Eritromisin	KY

ÖZEL BALIKLI RUM HASTANESİ VAKFI

4	Klaritromisin Oral	KY
5	Klaritromisin MR	KY
6	KlaritromisinParantral	UH-P
7	Roksitromisin	KY
8	Spiramisin	KY
9	Treoleandomisin	KY
10	Telitromisin	K-AB(Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
B) Linkozamidler		
1	Klindamisin	KY
2	Linkomisin	KY
3	Doksisiklin	KY
C) Tetrasiklinler		
1	Tetrasiklin	KY
2	Tetrasiklin – Nistatin	KY
3	Oksitetrasiklin	KY
4	Tigecycline	EHU
3- AMFENİKOLLER		
1	Kloramfenikol	KY
2	Tiamfenikol	KY
4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
1	Amikasin	UH-P
2	Gentamisin	KY
3	İsepamisin	EHU
4	Kanamisin ve Türevleri	KY
5	Neomisin ve Kombinasyonları	KY
6	Netilmisin	UH-P
7	Streptomisin	KY
8	TobramisinParenteral	UH-P
5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER		
1	Siprofloksasin Oral	KY
2	Siprofloksasin Parenteral	UH-P, A 72
3	Enoksasin	KY
4	Levofloksasin Oral	K-AB(Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
5	Levofloksasin Parenteral	UH-P, A 72
6	Norfloksasin	KY
7	Ofloksasin Oral	KY
8	Ofloksasin Parenteral	UH-P, A 72
9	Pefloksasin Oral	KY
10	Pefloksasin Parenteral	KY
11	Moxifloksasin Oral	K-AB(Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
12	Moxifloksasin Parenteral	UH-P, A 72
13	Moksifloksasin oftalmik formları	Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.
14	Lomefloksasin	KY
15	Gatifloksasinoftalmik formları	Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.
16	Gemifloksasin oral	K-AB(Pnömonide KY, diğer endikasyonlarında, siprofloksasin, ofloksasin ve co-trimoksazole dirençli olduğunu gösteren kültür sonucuna göre kullanılır)
17	(Ek: RG-07/10/2016-29850/52-b md. Yürürlük: 15/10/2016) Levofloksasin oftalmik formları	Göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.

6-ANTİSTAFİLOKOKAL ANTİBİYOTİKLER		
A)Antistafilokokal Penisilinler		
1	Flukloksasilin	KY
2	Nafsilin	UH-P
B) Glikopeptid Antibiyotikler		
1	Vankomisin	EHU**
2	Teikoplanin	EHU APAT'TA KY (Bakınız 6/b)
3	Basitrasin	KY
4	Polimiksin B	KY
5	Kolistin ve Türevleri	KY
5.1	Kolistimetat	EHU(Çoklu ilaç direnci gösteren gram negatif bakteri enfeksiyonlarında kültür antibiyogram sonucu ile kullanılır. (Kistikfibrozis (KF) hastalarında Pseudomonasaeruginosa'ya bağlı kronik akciğer enfeksiyonunda EK-4/Fmadde 27 ye göre)
C) Diğer Antistafilokokal Antibiyotikler		
1	Fusidik Asit ve Tuzları	KY
2	Sodyum fucidatenjektabl formu	EHU
3	Mupirosin	KY
4	Linezolid	EHU
5	Daptomisin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (Erişkinlerde metisiline duyarlı ve dirençli S. aureusizolatlarının neden olduğu sağ tarafinfektifendokarditi, bakteremiler ve komplike cilt yumuşak doku enfeksiyonlarının tedavisinde kullanılır.)
7- ANSAMİSİNLER		
1	Rifabutin	UH-P
2	Rifamisin	KY
3	Rifampisin	KY
8- SULFONAMİD ANTİBİYOTİKLER VE TRİMETOPRİM KOMBİNASYONLARI		
1	Sulfisoxazole	KY
2	Sulfadiazin	KY
3	Sulfametoksipridazin	KY
4	Sulfametoksazol	KY
5	Trimetoprim	KY
6	TrimetoprimSulfametoksazol	KY
9-ANTİANAEROBİK ETKİLİ ANTİBİYOTİKLER		
1	MetronidazolParenteral	KY
2	Metronidazol (üre kombinasyonları dahil)	KY
3	Ornidazol	KY
4	Seknidazol	KY
5	Tinidazol	KY
10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER		
1	Amfoterisin B (Klasik)	UH-P, A 72
2	Kaspofungin	Madde 4.2.23 esaslarına göre
3	FlukonazolParenteral	UH-P, A 72
3.1 (Ek: RG-04/02/2018-30322/33-b md. yürürlük: 15/02/2018)	Flukonazol Oftalmik formları	Yalnızca fungal oftalmolojik enfeksiyonlarda göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.
4	Flukonazol Oral ve Diğer Formları	KY
5	Itrakonazol oral (solüsyon hariç)	UH-P
6	Itrakonazol infüzyon ve solüsyon	Madde 4.2.23 esaslarına göre
7	Ketokonazol	KY

ÖZEL BALIKLI RUM HASTANESİ VAKFI

7		KY (Şampuan formlarının yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)
(Değişik: RG-10/05/2018- 30417/ 29-a md. Yürürlük: 18/05/2018)	Ketokonazol	
8	LipidKomplexAmfoterisin B	Madde 4.2.23 esaslarına göre
9	Lipozomal veya Kolloidal Dispersiyon Amfoterisin B	Madde 4.2.23 esaslarına göre
10	Terbinafin	KY
11	Griseofulvin	KY
12	Varicanazole	Madde 4.2.23 esaslarına göre
13	Sertakonazole	KY
14	Nistatin (Tetrasiklinle kombine şekli dahil)	KY
15	Natamisin (Pimarisin)	KY
16	Mikonazol	KY
17	Oksikonazol	KY
18	İzokonazol	KY
19	Anidulafungin	Madde 4.2.23 esaslarına göre
20	Posakonazol	Madde 4.2.23 esaslarına göre
11-ANTİVİRAL İLAÇLAR		
A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar(Değişik:RG- 21/04/2015-29333 / 37-b md. Yürürlük: 30/04/2015)		
1	Abacavir	EHU
2	Stavudin	EHU
3	Zalsitabin	EHU
4	İndinavir	EHU
5	Lamivudin 150mg (Zidovudin kombinasyonları dahil)	EHU
6	Nevirapin	EHU
7	Ritonavir (Lopinavir kombinasyonları dahil)	EHU
8	Zidovudin (Lamivudin kombinasyonları dahil)	EHU
9	Tenofovirdisoproksilfumarat + emtrisitabin	EHU Prospektüs endikasyonunda, 18 yaşın üzerindeki hastalarda diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır. (Tenofovirdisoproksilfumarat, emtrisitabin veya lamivudin içeren diğer ilaçlarla birlikte kullanılmamak üzere)
10	Tenofevir disoproksil	Kronik Hepatit B'de Madde 4.2.13 esaslarına göre, HIV de EHU koşulu
11	Fosamprenavir	EHU
12	Darunavir	EHU ; Prospektüs endikasyonunda, düşük doz ritonavir ve diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır.
13	Etravirin	Daha önce antiretroviral tedavi görmüş ancak direnç (virolojik yanısızlık [viral yük >50 kopya /ml] ve/veya uygun direnç testleriyle belirlenmiş) gelişmiş erişkin hastalarda; enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bu hekimlerce veya iç hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
14	Raltegravir	EHU ; antiretroviral tedavi altındayken direnç gelişen/yanıt alamayan hastalarda kombine olarak (Ek: RG-04/05/2013- 28637/ 40-e md. Yürürlük:11/05/2013)
15	Dolutegravir (EK:RG-18/02/2015-29271/28md. Yürürlük: 28/02/2015)	EHU ; -HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; -HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.

1	Abacavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
2	Stavudin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
3	Zalsitabin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
4	İndinavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
5	Lamivudin (Zidovudin kombinasyonları dahil)	HIV de; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Kronik Hepatit B'de; Madde 4.2.13 esaslarına göre
6	Nevirapin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
7	Ritonavir (Lopinavir kombinasyonları dahil)	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
8	Zidovudin (Lamivudin kombinasyonları dahil)	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

9	Tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır. (Tenofovir disoproksil fumarat, emtrisitabin veya lamivudin içeren diğer ilaçlarla birlikte kullanılmaz.)
10	Tenofovir disoproksil	HIV de; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Kronik Hepatit B'de; Madde 4.2.13 esaslarına göre
11	Fosamprenavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
12	Darunavir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Düşük doz ritonavir ve diğer antiretroviral ilaçlarla kombinasyon halinde kullanılır.
13	Etravirin	Daha önce antiretroviral tedavi görmüş ancak direnç (virolojik yanıtsızlık [viral yük >50 kopya /ml] ve/veya uygun direnç testleriyle belirlenmiş) gelişmiş erişkin hastalarda; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
14(Değişik:RG-05/08/2015-29436/39-a md. Yürürlük: 13/08//2015)	Raltegravir	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. Antiretroviral tedavi altındayken direnç gelişen/yanıt alınamayan hastalarda kombine olarak kullanılır. Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.

<p>15</p> <p>(Değişik: RG-07/10/2016-29850 /52-c md. Yürürlük: 15/10/2016)</p>	<p>Dolutegravir</p>	<p>Efeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Efeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda;</p> <p>HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır. Efeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Efeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda;</p> <p>HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olmayan veya dirençli olduğundan klinik olarak şüphe edilmeyen hastalarda; efavirenz, nevirapin, tipranavir/ritonavir veya rifampisin ile birlikte kullanıldığında dolutegravir maksimum 2x1 dozunda;</p> <p>HIV-1 ile enfekte ve integras sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır.</p>
<p>16</p>	<p>Tenofovir disoproksil fumarat + emtrisitabin + kobisistat + elvitegravir</p>	<p>Efeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Efeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.</p>
<p>17</p> <p>(Ek: RG-18/01/2016-29597/26 Yürürlük: 26/01/2016)</p>	<p>Rilpivirin</p>	<p>Daha önce tedavi almamış viral yükü 100.000/ml kopyanın altında olan yetişkin HIV pozitif hastalarda bu durumun belirtildiği enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek 6 ay süreli sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.</p>
<p>18</p> <p>(Ek: RG-07/10/2016-29850 /52-ç md. Yürürlük: 15/10/2016)</p>	<p>Abacavir + Dolutegravir + Lamivudin</p>	<p>Efeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden Efeksiyon Hastalıkları Uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.</p>

19	Maravirok	Daha önce en az üç farklı antiretroviral sınıfı ilaç ile tedavi görmüş olan dirençli ve yalnızca CCR5-tropik HIV-1 ile enfekte olduğu tropizm testi ile gösterilen erişkin hastalarda kullanılır. Bu durumların belirtildiği enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilir.
(Ek: RG-08/06/2017-30090/ 35 md. Yürürlük: 16/06/2017)		
20	Tenofovir alafenamit+ emtrisitabin+kobisistat+ elvitegravir	Enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzmanlarınca, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
(Ek: RG-09/09/2017-30175/ 47 md. Yürürlük: 23/09/2017)		
B) Diğer Antiviraller		
1	Asiklovir Oral	KY
1.1	Asiklovir Parenteral	EHU
2	Famsiklovir	UH-P
3	Gansiklovir	EHU
4	Valasiklovir	UH-P(Herpeslabialis endikasyonunda ise; UHP koşulu ile en küçük doz ve en küçük ambalaj formu ödenir.)
5	Lamivudin 100 mg	Madde 4.2.13 esaslarına göre
6	Ribavirin	Madde 4.2.13 esaslarına göre
7	Telbivudin	Madde 4.2.13 esaslarına göre
8	Didanozin	EHU
9	Efavirenz	EHU
10	Adefovir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
11	Entakavir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
12	Zanamivir	UH-P
13	Oseltamivir	UH-P
14	Brivudine Oral	UH-P
15	Valgansiklovir	EHU 1 yıl 3 ay süreli enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilir. (Ek: RG- 10/05/2018-30417/29-b md. Yürürlük: 18/05/2018) Böbrek nakli olan hastalarda sitomegalovirüs (CMV) hastalığının önlenmesinde transplantasyondan sonraki 10 gün içinde başlanan profilaksi süresi en fazla 100 gündür. Bu sürenin sonunda, CMV IgM ve IgG değerleri negatif olan hastalarda enfeksiyon hastalıkları uzman hekimi raporu ile reçete edilmesi halinde transplantasyondan sonraki en fazla 200 üncü güne kadar profilaksi süresi uzatılabilir.
Değişik: RG- 25/07/2014-29071/ 63 b md. Yürürlük: 07/08/2014) (Değişik: RG- 18/06/2016-29746/ 31 md. Yürürlük: 25/06/2016)		
16	Talepravir	Madde 4.2.13 esaslarına göre
12-ANTİTÜBERKÜLOZ İLAÇLAR *		
1	Etionamid	UH-P
2	Sikloserin	UH-P
3	Tiasetazon	UH-P
4	Morfozinamid	KY
5	Protionamid	UH-P
6	Rifabutin	UH-P
7	Rifampisin	KY
8	Streptomisin	KY

* Tedavi başlangıcında UD veya Verem Savaş Dispanserlerinde yazılması durumunda ve idamesinde KY

DİĞER

1	Morfin, Petidin	UH-P
2	Glukagon	UH-P
2	Glukagon (Değişik: RG-21/03/2018-30367/38-a md. Yürürlük: 01/04/2018)	UH-P (Glukagonun günlük 3 ve üzeri uygulanmasının gerekmesi durumunda hastanın iç hastalıkları uzman hekimlerince hastaneye yatırılarak insülin dozunun ayarlanması ve belirlenen günlük uygulama sayısının 3 ve üzerinde olması durumunun devam etmesi halinde en az bir iç hastalıkları uzman hekiminin bulunduğu 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi koşulu ile bedeli Kurumca karşılanır.)
3	Alfuzosin, Tamsulosin, Terazosin, Serenoa repens standardize lipofilik ekstre, Doksazosin, Silodosin (Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda)	UH-P
4	Finasterid, dutasterid	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.
4	Finasterid, dutasterid (tamsulosin kombinasyonları dahil)	Üroloji uzman hekimince veya bu uzman hekimin düzenlediği 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilebilir.
5	Metil FenidatHCl	Hiperaktivite ve dikkat eksikliği tedavisinde, yalnızca 25 yaş altında ve psikiyatri uzmanlarınca reçete edilebilir.
6	Pantoprazol	20 mg. formlarının H. pylori endikasyonunda kullanılmaması ve diğer endikasyonlarında günde en fazla 2x1 dozda kullanılması
7	Bizmut subsalisilat	KY (Seyahat diyaresi endikasyonunda ödenmez)
8	Allantoin+ heparin+extractum cepae içeren kombine preparatlar	Plastik cerrahi veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince reçetelenir.
9	Lizürid Maleat	UH-P
10	Sadece üre içeren preparatlar	Cilt hastalıkları uzmanı (Sadece ihtiyozis veya kseroderma veya kserosiskutis endikasyonlarında ödenir)
11	Doksofilin (kombinasyonları dahil)	Göğüs hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir.
12	8- Metoksipsoralen	UH-P
13	Modafinil	UH-P Ayaktan tedavide psikiyatri, nöroloji ve göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimler tarafından düzenlenen ilaç kullanım raporuna istinaden tüm hekimler tarafından reçete edilebilir.
14	Ranitidin Bizmut Sitrata	UH-P
15	Naferalin Asetat	UH-P
16	Asetilsistein	KY (600 mg'ın üzerindeki dozları uzman hekimlerince reçetelenir)
17	Eritromisin+Isotretinoin / Eritromisin+Tretionin / Eritromisin+ Benzoilperoksit (Topik formları dahil)/Klindamisin+Benzoilperoksit	Sadece Cilt Hastalıkları Uzman Hekimlerince

ÖZEL BALIKLI RUM HASTANESİ VAKFI

18	MultivitaminPronatal	Sadece gebelikte
19	H. Pylori eradikasyon tedavi paketi	Yılda 14 günlük tedaviyi geçmeyecek şekilde iç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir. (Levofloksasin etken maddesini içeren tedavi paketlerinde ayrıca antibiyogramklaritromisin ve metronidazole direnç varlığını gösterir antibiyogram sonuç belgesinin tarih ve sonucunun e-reçete/e-raporda belirtilmesi koşulu ile).
19 (Değişik: RG-25/07/2014-29071/63-c md. Yürürlük: 25/07/2014)	H. Pylori eradikasyon tedavi paketi	Yılda 14 günlük tedaviyi geçmeyecek şekilde iç hastalıkları ve genel cerrahi uzman hekimlerince reçetelenir. (Levofloksasin etken maddesini içeren tedavi paketlerinde ayrıca daha önce Amoksisilin/Proton pompa inhibitörü/ Klaritromisin içeren üçlü tedaviden yanıt alınamamış, H.pylori varlığının kanıtlandığı invazif veya invazif olmayan test sonuç belgesinin tarih ve sonucu ile levofloksasine duyarlı olduğunu gösteren antibiyogram sonuç belgesinin tarih ve sonucunun e-reçete/e-raporda belirtilmesi koşulu ile).
20	Siklopentolat HCL, Tropikamid, Fenilefrin HCL içeren göz damlaları	Göz hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenir. (Sağlık Bakanlığınca belirlenen diğer kurallara uyulacaktır.)
21	Albendazol	400 Mg lık formlarının büyük ambalajları yalnızca "Kisthidatik ve nöstisarkosis hastalığı" endikasyonlarında ödenir.
22	Rifaksimim (Yalnızca intestinal aşırı çoğalma sendromu, hepatikensefalopati, kolonun semptomatikkomplike olmayan divertiküler hastalığı, kronik bağırsak inflamasyonu gibi rifaksimine duyarlı bakteriler tarafından desteklenen GI hastalıkların tedavisi ve kolorektal cerrahide enfektif komplikasyonların profilaksiendikasyonlarında)	UH-P
23 (Ek: RG-18/02/2017-29983/19 md. Yürürlük: 01/03/2017)	Fenspirid hidroklorür	Nazal preparatlar, obstruktif solunum yolu hastalıklarında kullanılan ilaçlar, öksürük ve soğuk algınlığı preparatları ve sistemik kullanılan antihistaminikler grubunda (R01, R03, R05, R06 ATC grupları) yer alan ilaçlarla birlikte kullanımı ödenmez.
24 (Ek: RG-21/03/2018-30367/ 38-b md. Yürürlük: 01/04/2018)	Kalsiyum karbonat + kolekalsiferol (vitamin D3) + genistein	Yalnızca postmenopozal osteoporoz endikasyonunda bedeli Kurumca karşılanır.
25 (Ek: RG-10/05/2018-30417/ 29-c md. Yürürlük: 18/05/2018)	Diltiazem (topikal formları)	Yalnızca genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

<p>26</p> <p>(Ek: RG-10/05/2018 -30417/ 29-c md. Yürürlük: 18/05/2018)</p>	<p>Gliseril trinitrat (topikal formları)</p>	<p>Yalnızca kronik anal fissürlere bağlı ağrıların tedavisinde genel cerrahi uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>27</p> <p>(Ek: RG-10/05/2018 -30417/ 29-c md. Yürürlük: 18/05/2018)</p>	<p>Piritiyon çinko (topikal süspansiyon formları)</p>	<p>Yalnızca dermatoloji uzman hekimleri tarafından reçetelendirilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.</p>
<p>28</p> <p>(Ek: RG-10/05/2018 -30417/ 29-c md. Yürürlük: 18/05/2018)</p>	<p>Fosfomisin (parenteral formları)</p>	<p>EHU</p>

NOT: Antibiyotiklerin topik formları bu hükümler dışındadır

AÇIKLAMA

1. KY :Kısıtlama olmayan antibiyotikler.

2. UH-P : Ayaktan tedavide uzman hekimlerce veya uzman hekim raporuna bağlı olarak pratisyen hekimler dahil tüm hekimlerce, yatarak tedavide ise tüm hekimlerce reçete edilebilir.

3. EHU* : Böbrek yetmezliği, kanser, HIV/AIDS enfeksiyonu, splenektomi olanlar ve immünsupresif tedavi alanlara bu hastalıklar kurul raporunda belirtilmek kaydıyla.

EHU:** Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU'nun olmadığı yerlerde iç hastalıkları uzmanının veya göğüs hastalıkları uzmanının; çocuk hastalarda, çocuk enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı yerlerde çocuk hastalıkları uzmanının yazabileceği antibiyotikler.

4. EHU (ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMANI): Bu antibiyotikler, enfeksiyon hastalıkları uzmanının (EHU) yazabileceği, EHU'nun olmadığı yerlerde İç Hastalıkları Uzmanının yazabileceği, Çocuk hastalarda, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı olmadığı yerlerde Çocuk Hastalıkları Uzmanının yazabileceği antibiyotikler.

Acil durumlarda, (endikasyonları dahilinde kullanılmak kaydıyla) iç hastalıkları ve çocuk hastalıkları uzmanları tedaviye başlayabilir, ancak takip eden ilk iş günü, bu uzmanlar tarafından yazılan reçetenin EHU tarafından onaylanması zorunludur.

Hastane enfeksiyon komitesinin belirlediği kurallar ve/veya protokollere uygun olarak enfeksiyon hastalıkları uzmanı aranmaksızın hastayı tedavi etmekte olan uzman hekim tarafından da yazılabilecektir.

5. A-72: Reçete edilme için EHU onayı gerekmeyen, ancak, aynı ilaç 72 saatten daha uzun süre kullanılacak ise (en geç ilk 72 saat içinde) EHU'nun onayının alınması gereken antibiyotikler.

Bu antibiyotikler için enfeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı hastanelerde pnömoni, bronşektazi, KOAH akut alevlenme ve invazivpulmoneraspergillozisendikasyonları ile ilgili olarak göğüs hastalıkları veya iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzman hekimlerinin onayı; bu endikasyonlar dışında kalan endikasyonlar için ise enfeksiyon hastalıkları uzmanı olmayan hastanelerde iç hastalıkları veya çocuk hastalıkları uzmanının onayı yeterlidir

6.1. APAT: “Ayaktan Parenteral Antibiyotik Tedavisi”

Bu uygulama, hastanın ayaktan parenteral antibiyotik tedavisinin uygun olduğunu gösteren “APAT” ibaresinin reçetede belirtilmesi ile işleme alınır.

A-72 kapsamındaki ilaçlardan biri kullanıldıktan sonra diğerleri EHU olmaksızın peş peşe kullanılamaz.

APAT uygulamasına aşağıdaki durumlar girer:

a. Akut Bakteriyel menenjitte tek doz Seftriakson 2 gr. KY. Hasta, LP'nin yapılabileceği merkeze ortalama 4 saatten daha uzak ise 2 gram seftriakson yapılabilir.

b. Hastanın enfeksiyonunun APAT'a uygun olduğunu belgeleyen EHU' nun da içinde bulunduğu bir sağlık kurulu raporu ile KY

6.2. Cerrahi Proflakside Kullanılmayacak Antibiyotikler:

1-A) PENİSİLİNLER 9-12,

1-B) SEFALOSPORİNLER 3. Kuşak Sefalosporinler1,2,

2-A) MAKROLİDLER 1-9,

4-AMİNOGLİKOZİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER 1-8,

5-KİNOLON GRUBU ANTİBİYOTİKLER1,2,11,12,

6-B) GLİKOPEPTİD ANTİBİYOTİKLER 1,2

(Bu antibiyotikler cerrahi proflaksi amacıyla ancak “Açıklama 5” şartları dahilinde kullanılabilir)

6.3. K-AB (Kültür - Antibiyogram) :

Bu antibiyotikler ayaktan hastalara kullanıldığında kültür antibiyogram sonucu reçeteye eklenerek mikroorganizma duyarlılığının gösterilmesi gerekir.

NOT: Bu liste, ilaçların etken maddeleri dikkate alınarak düzenlenmiş olmakla birlikte Kurum resmi internet sitesinde yayımlanan “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” nde yer almayan herhangi bir ilacın ödenmesi mümkün değildir.