

DİĞER PROTEZ ORTEZLER LİSTESİ (EK-3/C-3)						
SUT KODU	TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI		MİAT SÜRESİ	ÖZEL KOŞULLAR	FİYAT (TL)	
DO1000	MEME PROTEZİ	C	2 yıl		664,00	
(1) Mastektomi ameliyan sonrasında sağlık kurulu raporuyla gerekli görülmesi halinde askılık ile birlikte Kurumca bedeli karşılanır.						
DO1001	VARİS ÇORABI	*	6 ay	çift fiyattır.	68,00	
DO1002	ANTIEMBOLİZM BASINÇ ÇORABI	C*	6 ay		23,00	
(1) Antiembolizm basıncı çorabı, yalnız derin ven trombozu profilaksisi endikasyonunda kullanılmasında halinde Kurumca bedeli karşılanır.						
DO1003	ANTIEMBOLİZM BASINÇ MANŞONU	C*	6 ay		76,00	
(1) Antiembolizm basıncı manşonu, derin ven trombozu profilaksisi, lenfödem, kronik venöz yetersizlik ve komplikasyonlarının tedavilerinde kullanılmasında halinde Kurumca bedeli karşılanır.						
DO1004	İŞİTME CİHAZI VE KULAK KALIBI		J	5 yıl	1.514,00	
DO1005	DİJİTAL PROGRAMLANABİLİR İŞİTME CİHAZI		J		22,00	
DO1006	KONUŞMA CİHAZI	C	5 yıl		1.500,00	
(1) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu ile belgelenmek kaydıyla konuşma cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.						
(2) İşitirlerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılmaması hâlinde geldiğinin Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi ve Kurumca onaylanması sağlanmaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.						
DO1007	ASPIRATÖR CİHAZI			1 defa	486,00	
(1) Aspiratör cihazı verilmemesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,						
a) Erilgin hastalar için; göğüs hastalıkları veya akciğer hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.						
b) Çocuk hastalar için; çocuk akciğeri uzmanı veya çocuk göğüs hastalıkları uzmanı, bu uzman hekimlerin bulunmadığı sağlık kurumlarında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.						
(2) Sağlık kurulu raporu ekinde solunum fonksiyonu testi (SFT) ve gerekiyorsa arteriyel kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenecektir.						
(3) Kompresör tipi nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanacak olup ultrasonik nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanmaz.						
(4) Erilgin hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak; inhaler preparatların ve inhaler preparatların kullanılmasına yardımcı aletleri (airchamber, spacer v.b.) kullanılmadığı sağlık kurulu raporu ile belgelenen,						
a) Stabil kronik akciğer hastalığı olanlarda; FEV1 \leq 40 ise AKG değerleri ise balotmaksızın, FEV1>40 ise: AKG'da PaO \leq 55 mmHg veya SaO \leq 88 olması.						
b) Peristim astımlı hastalarda; FEV1 veya PEF \leq 60 veya FEV1 veya PEF % 60-80 arasında olup günlük PEF \leq veya FEV1 değeri %30'un üzerinde,						
c) Bronşektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda; stabil dönemde FEV1 \leq 40 olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayanacağı belgelerin rapor ekinde yer alması koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.						
(5) Çocuk hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak;						
a) Peristim astımlı hastalarda; FEV1 veya PEF \leq 60 alan veya FEV1 veya PEF % 60-80 arasında olup günlük PEF \leq veya FEV1 değeri %30'un üzerinde olması veya						
b) 14 (on dört) yaşın üstündeki hastalarda; FEV1 veya PEF \leq 40 olması veya						
c) 6 (altı) yaşın altındaki hastalar ve 6 (altı) yaşın üstündeki olup ek sorunu (örneğin nörolojik bir sorunu) nedeniyle solunum fonksiyonu testi yapılmayan hastalarda bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.						
d) Astımlı çocuklarda sadece ağır veya çok ağır (hayati tehdit eden) astım krizlerinde kan gazı değişikliği olabilir. Astım krizinde olmayan peristim ağır astım olan çocuklarda arteriyel kan gazı sonuçları, ister 6 yaş altı isterse 6 yaş üstü olsun nebulizatör cihazı endikasyonu için aranmaz.						
(6) Solunum fonksiyonu testi yapılmayan ve kronik akciğer hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiolitis obliterans tanılı hastalarda, interkostal adaleleri çalışmayan veya ventral retarda (IQ \leq 40) olan nörolojik sorunu hastalarda PaO \leq 55 mmHg veya SaO \leq 88 olması halinde bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.						
DO1008	NEBÜLİZATÖR			1 defa	149,00	
DO1009	OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ VE TÜPÜ				3.688,00	
DO1072	OKSİJEN TÜPÜ VE MANOMETRESİ (3 LT)		10 yıl		209,00	
DO1010	OKSİJEN TÜPÜ VE MANOMETRESİ (10 LT)				279,00	
DO1071	TASINABİLİR (PORTABLE) OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ (5 KG ALTINDA, ŞARJLI VE YEDEK BATERİ İLE BİRLİKTE)		10 yıl		8.976,00	
DO1011	NON-İNVAZİF MEKANİK VENTİLYASYON CİHAZLARI		10 yıl		972,00	
DO1011	CPAP CİHAZI					

(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; Polisomnografik olarak; Apne İndeksi (AI) en az 15 (on beş) veya apne-hipopne indeksi (AHI) en az 30 (otuz) veya apne, hipopne ve solunum eforu sonucu uyanma sayısının gürültüsü solunum bozukluğu indeksi (RDI) en az 30 (otuz) olarak tespit edilen ve bu bilgilerin sağlık kurulu raporu eki polisomnografi raporunda belirtilmiş olması kaydıyla veya AHI veya RDI 5-30 arasında olmakla birlikte artmış gürültü eşikliklik, bilişsel etkilenme, duygudurum bozuklukları, uykusuzluk veya hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, isme veya uykuya ilişkin hipoventilasyon/hipoksemik sendromlardan birinin varlığının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla; kullanılması gerekli görülen CPAP cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.				10 yıl	1.944,00
DO1012	AUTO CPAP				
(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; CPAP cihazı verilme kriterlerine ilaveten; pozisyonel OUAS, REM ile ilişkili OUAS, yüksek basıncı tolere edemeyen veya sabit basınç cihazlarıyla (CPAP) tedavisi tolere edemeyen hastalarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla; kullanılması gerekli görülen Auto-CPAP bedelleri Kurumca karşılanır.				10 yıl	3.066,00
DO1013	BPAP/SPAP S CİHAZI				
(1) BPAP cihazı için solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; yüksek nazal hava akımını tolere edemeyen, CPAP maskesinde önemli düzeyde hava kaçağı veya pozitif basınca kırıp nefes verme güçlüğü yaşayan OUAS hastalarında veya Uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obezite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimial veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda; bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP cihazı (auto BPAP hariç) bedelleri Kurumca karşılanır. (2) BPAP S cihazı için kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; a) Restriktif akciğer hastalıklarında; 1- PaCO ₂ ≥ 45 mmHg veya 2- En az 2 H/dk akım hızında nazal O ₂ desteği altında O ₂ saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya 3- Tıbbiyeci nörometrikler hastalıklardan için maksimal inspiratuar basınç (MIP) ≤ 60 cm H ₂ O veya FVC ≤ %50, olarak saptanması ve bunlara ilişkin karutlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kurumca karşılanır. b) Obstrüktif akciğer hastalıkları: Uygun bronkodilatör ve O ₂ tedavisine rağmen; 1- PaCO ₂ ≥ 55 mmHg veya 2- PaCO ₂ 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 l/dk akım hızında nazal O ₂ desteği altında noktsimal O ₂ saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya 3- PaCO ₂ 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yılda ikiden fazla hiperkapnik azık nedeniyle hastaneye yatırılan, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda; bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin karutlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kurumca karşılanır. (Hasta solunum fonksiyon testi yapılmıyorsa bu durumun sağlık kurulu raporunda açıkça belirtilmelidir.)				10 yıl	4.800,00
DO1014	BPAP S/T				
(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; uyku ile ilişkili hipoventilasyon/hipoksemik sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obezite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimial veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksemi vb) olan hastalarda, spontan solunumu ve tetikleme gücünün yetersiz olduğunun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T cihazı bedelleri Kurumca karşılanır. (2) Kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; BPAP- S cihazı için tanımlanmış kriterlere ek olarak; inspirasyon basınç yüksekliği (IPAP ≥ 20 cm H ₂ O) veya yoğun bakımda izlendiği dönemlerde apne saptanan hastalarda, bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin karutlayıcı belgelerin sağlık kurulu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S/T cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.				10 yıl	4.800,00
DO1015	BPAP S/T AVAPS				
(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; Polisomnografi eşliğinde yapılan BPAP S/T titrasyonunda yeterli tidal volüm sağlanamadığı veya yukarıda solunum bozukluklarının oradan kaldırılmadığı hastalarda, nöroonküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı uyku ile ilişkili hipoventilasyon-hipoksemi olan restriktif akciğer hastalığı olan hastalarda (ALS, obezite-hipoventilasyon sendromu, kifoskolioz vb.) bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T AVAPS cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.				10 yıl	8.250,00
DO1016	ADAPTİF BASINÇ DESTEKLİ SERVO VENTİLYASYON (ASV) CİHAZI				
(1) Solunumsal uyku hastalıklarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; a) İlk gece polisomnografi tetkiki sırasında santral uyku apne sendromu, Cheyne-Stokes solunumu sendromu veya kompleks uyku apnesi tanısı alan hastalarda, titrasyon gecesinde sırasıyla CPAP ve BPAP S/T tedavilerinin uyku ile ilişkili solunum bozukluğunu düzeltmesi ve ardından polisomnografi eşliğinde başarılı ASV titrasyonu yapılmış olması durumunda, bu durumun düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla ASV cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.				10 yıl	29.700,00
DO1017	EV TİPİ MEKANİK VENTİLYATÖR (EN AZ BASINÇ DESTEKLİ VENTİLYASYON (PSV) İLE BİRLİKTE VOLÜM VE/VEYA BASINÇ KONTROLLÜ VENTİLYASYON (VCV, PCV) SAĞLAYAN VENTİLYATÖRLER)			5 yıl	
(1) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazının uygulama endikasyonları; a) Akut solunum yetmezliği sonrasında yoğun bakımdan çıkışına engel kalmayacak şekilde diğer sistem hastalıkları tedavi edildiği ve kronik tedavi uygulamaları düzenlendiği halde invaziv solunum desteğinden ayrılmayan veya ayrılmaya olanlığı olmayan trakeotomili hastalarda, b) Kronik ve/veya ilerleyici solunum yetmezliği veya başka kronik organ disfonksiyonlarına sekonder solunum yetmezliği nedeni ile non-invaziv mekanik ventilasyon uygulamasının yetersiz kaldığı, yapılmadığı veya yapılmasının kontrendike olduğu ve sürekli olarak invaziv solunum desteği ihtiyacı olan hastalarda, kullanılması halinde ev tipi mekanik ventilatör cihazı bedeli Kurumca karşılanır. (2) Cihazın temini için hastayı takip eden uzman hekimin (İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Anestezi ve Reanimasyon, Nöroloji, hastanın çocuk olması halinde ise çocuk hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları, çocuk yoğun bakım uzmanları) yer aldığı, ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitesi bulunan sağlık kuruluşlarına ayrıntılı olarak düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedelleri Kurumca karşılanır. (3) Raporun hastanın gereksinimine göre cihazın teknik özelliklerini belirtilmesi gerekir. Bu teknik özellikler hastanın solunumsal stabilitesini sağlayan MV parametrelerini (Mod, Vt, frekans, tetikleme hassasiyeti, Pmax, Pexp, PEEP,					

DO1017A	EV TİPİ VENTİLATÖR İÇİN KESİNTİSİZ GÜÇ KAYNAĞI					520,00
<p>(1) Ev tipi ventilatör için kesintisiz güç kaynağı ödemelerinde TTTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz.</p>						
DO1018	PULSE OKSİMETRE CİHAZI				1 defa	136,00
<p>(1) Pulse oksimetre cihazının bedeli, cv tipi invaziv mekanik ventilasyon cihazı kullanması gereken veya trakeotomi hastalarında kullanılması halinde Kurumca karşılanır.</p>						
DO1019	DESFERAL VE MİKRO İNFÜZYON POMPASI					915,00
<p>(1) Serum ferritin düzeylerinin 750 ng/ml seviyesine yükselmiş olması veya aşırı demir birikimine bağlı, organ fonksiyonlarının (kalp, karaciğer) bozulmaya başladığı klinik belirtilerinin bulunması hallerinde, kullanım gerekliliğinin belirlendiği ve hematoloji uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak ilgili uzman hekimler tarafından reçete edilmesinde Kurumca bedeli karşılanır. (2) "Deferalatın infüzyon için kullanılan uygulama seti" nin, desferal pompası için düzenlenen sağlık kurulu raporuna dayanılarak, kullanımını gerektiren ilaç ile birlikte reçete edilmesi ve ilaç reçetesinin suretinin ekte sunulması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Hekim tarafından ilaç bitimine kadar, en fazla 3 (üç) aylık miktarlarda 60 adet geçirmek üzere reçete edilebilir. (3) Sağlık kurumunca temin edilmesinde Kurumca karşılanmaz.</p>						
DO1020	MİKRO İNFÜZYON POMPASI (INSÜLİN POMPASI)					7.306,00
<p>(1) Mikro infüzyon pompası, infüzyon seti ve rezervuar bedellerinin ödenebilmesi için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir olup raporda; a) Hastanın Tip 1 Diyabetli veya insüline bağımlı Tip 2 Diyabetli olması ile birlikte kan şekeri normal olan (brittle) seyrettiğinin ya da gebelikte gestasyonel diyabet (hamilelik diyabeti) olduğunun belirlenmesi, b) Hastanın kendi kendine veya yakınının cihazı kullanma yeteneğini kazanmış olduğunun belirlenmesi, c) Raporunda iç hastalıkları veya çocuk sağlığı hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer alması şartları aranacaktır.</p>						
DO1021	DİĞER GÖZ PROTEZLERİ			H		224,00
<p>(1) Göz protezleri hareketli bir malzeme olmayıp, göz protezinin hareketi, hastanın daha önce geçirdiği cerrahi müdahale ile ilgilidir. (2) Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen, en az 1 (bir) göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi, göz hastalıkları uzman hekimince reçetelendirilmesi halinde göz protez bedelleri Kurumca karşılanır. (3) 5 (beş) yaşına kadar olan baskı şüpheli (çocuklarda 5 (beş) yaşına kadar orbita gelişimi tamamlanmış) sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde yılda 1 (bir), 5 (beş) yaşından büyük baskı şüpheli ise sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde 3 (üç) yılda 1 (bir) göz protezinin Kurumca bedeli karşılanır. Ancak her iki halde de sağlık kurulu raporunda protezin değiştirilmesine gerekeceği belirtilmelidir.</p>						
DO1022	ENÜREZİS ALARM CİHAZI				1 defa	52,00
<p>(1) Primer nörolojik olmayan (gündüz idrar kaçırma şikayeti olmayan) enürezis nokturnası olan 5 (beş) yaş üzeri hastalarda 1 (bir) defaya mahsus olmak üzere enürezis alarm cihazı bedeli Kurumca karşılanır.</p>						
DO1024	LENFÖDEM SETİ	C*			1 yıl	109,00
<p>(1) LENFÖDEM BASI GİYİLERİ</p> <p>(1) Evre 1, 2, 3 lenfödemlerde; genel cerrahi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, kalp damar cerrahi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon branş hekimlerinden birinin bulunduğu üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesinde Kurumca karşılanmaz. (2) Profilaksi amacıyla lenfödem bası giysileri Kurumca karşılanmaz. (3) Heret raporu ekinde; lenf dizeksiyonuna bağlı lenf ödemlerinde ameliyat olduğunu belgeleyen epizotik olmalıdır. (4) Standart bedellerin uymadığı bası giysisi gereken evre 1, 2, 3 lenfödemlerde bu durumun fotoğrafı belgelendirilmesi ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla kişiye özel üyümlendirilmiş bası giysileri Kurumca karşılanır. (5) Rapor geçerlilik süresi sekonder lenf ödemelerde 1 (bir) yıl, primer lenf ödemelerde 2 (iki) yıldır. (6) İlgili hekimince uygun görülmesi halinde 6 (altı) ay ara ile olmak şartıyla yılda en fazla 2 (iki) kez reçete edilebilir. (7) Hastaya alerjik veya toksik etki göstermemelidir. (8) Ortalama 40 mmHg ve üzeri basınç uygulanmalı, kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncın en az yarısını sağlayabilmelidir. (9) İy yüzeyi hastada bası uygulanması yolu açılmadan herede, dikmiş, yırtılmamalıdır. Hava geçiren özelliği olan kumaştan imal edilmelidir. (10) Alt elektrotun bası giysilerinde üst kısmın iç yüzeyinde kaymayı önleyecek silikon bant vb. olmalıdır. (11) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılmamalı, hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanım süresi boyunca bozulmaması için yapıda olmalıdır. (12) Sık yıkanabilir kumaşın imal edilmelidir. Giysi yıkama ile deforme olmamalı, boyutunu değiştirmemeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.</p>						
DO1025	LENFÖDEM BASI GİYİLERİ (MARLAMA)					562,00
DO1026	ELDIVEN (FARMAK UÇU AÇIK/KAPALI)					517,00
DO1027	OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLEGE KADAR					406,00
DO1028	DİZ ALTI ÇORAP					430,00
DO1029	KULOTLU ÇORAP					954,00

DO1030	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAK ÇORAP					792,00
	LENF ÖDEM BASI GİYİŞLERİ (HAZIR)					
DO1031	ELDİVEN (PARMAK UÇU AÇIK/KAPALI)					192,00
DO1032	OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLEĞE KADAR					175,00
DO1033	DİZ ALTI ÇORAP					138,00
DO1034	DİZ ÜSTÜ ÇORAP (SİLİKON DESTEKLİ)					147,00
DO1035	KÜLOTLU ÇORAP					324,00
DO1036	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAK ÇORAP					285,00
	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZLARI					
<p>(1) Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularınca genel cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi ile kalp damar cerrahisi branş beklentilerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>(2) Evre II-III lenf ödemi olan;</p> <p>a) Evre II: Göde, elevasyon ile ödem azalmaz ve klinik olarak fibrozis belirgin.</p> <p>b) Evre III: Ödem irreversibıl, tekrarlayan enfeksiyöz ataklar, fibrozis, deri ve deri altında ödem, flebotomif ödemi ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık bütümlen hastalarda Kurumca bedelleri karşılanır.</p> <p>(3) Heyet raporu ekinde lenf ödemi hastalarının, flebotomif ödemi ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık venöz yetmezliğe bağlı durumlarında venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır. Hastaların karşılaştırılmalı her iki ekstremité fotoğrafları da rapora eklenmelidir.</p> <p>(4) Kompresyon cihazları diz altı lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 2 (iki) kanallı, diz üstü lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 6 (altı) kanallı, üst ekstremité lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 1 (bir) kanallı olması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Sadece Evre II lenf ödemlerinde en fazla 2 (iki) kanallı cihaz bedeli Kurumca karşılanır.</p> <p>(5) Cihazın diz altı, diz üstü, üst ekstremité ve kap kanallı olacağı ilgili hekim raporunda belirtilmelidir.</p>						
DO1037	1 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI					639,00
DO1038	2 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI					785,00
DO1039	3 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI					933,00
DO1040	4 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI					1.105,00
DO1041	5 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI					1.252,00
DO1042	6 KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI					1.422,00
	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZLARI MANŞONLARI					
<p>(1) İlk ahlamlarda, kompresyon cihazları ile birlikte kullanılacak manşon bedelleri cihaz bedeline dahildir. Manşonların 2 (iki) yıldan erken değiştirilmesi halinde manşon bedeli Kurumca karşılanmaz.</p>						
DO1043	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN KOL MANŞONU					244,00
DO1044	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI YARIM BACAK MANŞONU					215,00
DO1045	LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN BACAK MANŞONU					337,00
	YANIK BASI GİYİŞLERİ					

- (1) Erişkin hastalarda plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzmanlarının birlikte bulunduğu; 18 (on sekiz) yaşın altındaki yanık hastalarında ise plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi veya çocuk cerrahi uzmanları tarafından düzenlenen beyaz raporuna istinaden ve bu uzman hekimlerden herhangi biri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
- (2) İkinci ve üçüncü derece yanık sonrası oluşmuş hipertrofik skar ve keloidlerin tedavisi ve azaltılması, oluşabilecek hipertrofik skarı önlemek amacıyla, 0-3 yaş çocuklarda 3 (üç) ayda 1 (bir), daha büyük çocuklarda 6 (altı) ayda 1 (bir), erişkinlerde ise yılda 1 (bir) kez reçete edilebilir.
- (3) Rapor geçerlilik süresi 1 (bir) yıldır.
- (4) Hastaya ateşjik veya toksik etki göstermemelidir.
- (5) Ortalama 15-40 mmHg basınç uygulanmalı ve kullanım süresinin sonuna kadar bu basıncın en az yarısını sağlanmalıdır.
- (6) İç ydizeyi hastada baskı yaralanma yol açmayacak tarzda dikişsiz ve pürüzsüz olmalıdır.
- (7) Fernuar vb. aksesuarlar kullanılacaksa hastaya zarar vermeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanım süresi boyunca bulunulacak yapıda olmalıdır.
- (8) Giysi sık yıkanabilir kumaştan imal edilmeli yıkama ile deforme olmaması, boyutları değişimsiz ve yıkama talimatına hastaya verilmelidir.
- (9) Değişik renk ve desenlerde olabilir. Özellikle çocuklarda kullanımı özendirilmemek için.
- (10) Hasta ile temas eden iç kısmında dokünün uygun görmesi halinde uygun görüldüğü alanlar silikon tabaka ile kaplanabilmelidir.
- (11) Bası giysilerinde kullanılacak silikon tabaka milizan sağlık kurulu raporu ile belirlenen hipertrofik skar alanının %10 fazlasından daha geniş olamaz.
- (12) 18 (on sekiz) yaşın altındaki yanık hastalarında SUT eki Ek-3/C3 listesindeki kriterlere uygun ısınama veya hazır bası giysileri, erişkinlerde ise ihtiyaca göre ısınama veya hazır bası giysileri fatura edilebilir.
- (13) Bası giysilerinin yanık olayını takiben ilk 6 (altı) ay içinde kullanılmaya başlanması halinde bedeli Kurumca karşılanacaktır.

YANIK BASI GİYSİLERİ (ISMARLAMA)										
DO1046	BİLEĞE KADAR PARMAKLI ELDİVEN									701,00
DO1047	TEK KOL (EL HARİCİ)									372,00
DO1048	TÜM GÖVDE (KOLLAR HARİCİ)									807,00
DO1049	TÜM GÖVDE (HOLLU)									1.256,00
DO1050	TÜM GÖVDE (HOLLU) ÇOCUK									1.024,00
DO1051	SORT (DİZALTI)									650,00
DO1052	SORT (DİZALTI) ÇOCUK									490,00
DO1053	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAĞ									474,00
DO1054	DİZALTI ÇORAP									527,00
DO1055	DİZALTI ÇORAP (PARMAKLI)									538,00
DO1056	AÇIK YÜZ MASKESİ									422,00
DO1057	KAPALI YÜZ MASKESİ									476,00
YANIK BASI GİYSİLERİ (HAZIR)										
DO1058	BİLEĞE KADAR PARMAKLI ELDİVEN									204,00
DO1059	TEK KOL (EL HARİCİ)									223,00
DO1060	TÜM GÖVDE (KOLLAR HARİCİ)									340,00
DO1061	TÜM GÖVDE (HOLLU)									534,00
DO1062	TÜM GÖVDE (HOLLU) ÇOCUK									496,00
DO1063	SORT (DİZALTI)									407,00
DO1064	SORT (DİZALTI) ÇOCUK									331,00
DO1065	BELDEN DESTEKLİ TEK BACAĞ									263,00
DO1066	DİZALTI ÇORAP									213,00
DO1067	DİZALTI ÇORAP (PARMAKLI)									223,00
DO1068	AÇIK YÜZ MASKESİ									213,00
DO1069	KAPALI YÜZ MASKESİ									231,00
YANIK BASI GİYSİLERİ SİLİKON TABAKALARI										
DO1070	SİLİKON TABAKA (1 cm2)									0,78

(1) Silikon tabaka ölçüsü, silikon tabakanın kullanıldığı bölgenin bası giysisinin ölçüsünden büyük olamaz.

Tıbbi malzeme alan tanımına sığmadığı kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımının kapsayıcı başlığında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımına aittir.

ÖZEL KOŞULLAR

- Yenilenme süresini takiben yapılan tamir ve değişim bedeli protez bedelinin % 75'ini geçemez.
- * Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir.
- (C) ile işaretli olan malzemeler için ilgili branşta uzman hekimin bulunduğu sağlık kurulu raporu gerekmektedir.
- (C*) ile işaretli olan malzemeler için ilgili branştaki uzman hekimce düzenlenen başhekim onaylı rapor gerekmektedir.