

Kiemelt, indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó – a tüdőgyógyász szakorvosok által felírható gyógyszerkészítmények, betegségcsoportok és indikációs területek

6/a. Házi oxigénellátásban részesülő beteg (BNO: J95–J99) részére - dokumentáltan szükséges esetben, a beteg részére történő betanítással és átadással – a tüdőgyógyász, gyermektüdőgyógyász, csecsemő- és gyermek kardiológus vagy kardiológus javaslata alapján a háziorvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

oxygenium

6/b Azon tartós házi oxigénellátásban részesülő beteg (BNO: J95-J99) részére, akinek életvitelében dokumentáltan jelentős javulást eredményez az oxigéngázhoz képest – a beteg részére történő betanítással és átadással – **a regionális szakfőorvos engedélyével** a tüdőgyógyász szakorvos javaslatára - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a háziorvos az alábbi gyógyszereket*:

cseppfolyós oxigén

8/d₁: Malignus tumor következtében fellépő osteolitikus vagy kevert csontmetasztázisok (BNO: C79.5), myeloma multiplex (BNO: C90.0) ossealis manifestációi, valamint tumoros hypercalcaemia kezelésére a fekvőbeteg-gyógyintézeti háttérrel rendelkező klinikai onkológiai, sugárterápiás, haematológiai, tüdőgyógyászati vagy urológiai szakambulanciák szakorvosa az alábbi gyógyszereket*:

AREDIA 30 MG POR INFÚZIÓHOZ 2 porüveg+2 ol
BONEFOS 60 MG/ML KONCENTRÁTUM 5x5 ml
LODRONAT INJEKCIÓ INFÚZIÓHOZ 5x10 ml
PAMIDRONATE MAYNE 3 MG/ML 1x10 ml
PAMIDRONATE MAYNE 3 MG/ML 1x5 ml
PAMIDRONATE MAYNE 6 MG/ML 1x10 ml
PAMIDRONATE MAYNE 9 MG/ML 1x10 ml
PAMIDRONAT-TEVA 3 MG/ML 1x10 ml
PAMIDRONAT-TEVA 3 MG/ML 1x20 ml
PAMIDRONAT-TEVA 3 MG/ML 1x30 ml
PAMITOR 15 MG/1 ML KONCENTRÁTUM 1x1 ml
PAMITOR 30 MG/2 ML KONCENTRÁTUM 1x2 ml üvegampullában
PAMITOR 60 MG/4 ML KONCENTRÁTUM 1x4 ml PE ampullában
PAMITOR 60 MG/4 ML KONCENTRÁTUM 1x4 ml üvegampullában

PAMITOR 90 MG/6 ML KONCENTRÁTUM 1x6 ml PE ampullában

PAMITOR 90 MG/6 ML KONCENTRÁTUM 1x6 ml üvegampullában

8/d₂: Malignus tumor következtében fellépő csontmetasztázisok (BNO: C79.5), myeloma multiplex (BNO: C90.0) ossealis manifestációi, valamint tumoros hypercalcaemia (BNO: C79.5) kezelésére a fekvőbeteg-gyógyintézeti háttérrel rendelkező klinikai onkológiai, sugárterápiás, haematológiai, tüdőgyógyászati vagy urológiai szakambulancia szakorvosa az alábbi gyógyszereket*:

ZOMETA 4 MG/5 ML KONCENTRÁTUM 1x

8/f. A 8/d₁, 8/d₂ és 8/e. pont alatti infúziós kezelések hatásának fenntartására vagy önálló terápiaként – ha a betegnél nem szükséges parenterális biszfoszfonát kezelés, akkor anélkül is – a fekvőbeteg-gyógyintézeti háttérrel rendelkező klinikai onkológiai, sugárterápiás, tüdőgyógyászati, urológiai vagy haematológiai szakambulancia szakorvosa az alábbi gyógyszereket*:

BONEFOS 400 MG KAPSZULA 60x

BONEFOS 400 MG KAPSZULA 120x

BONEFOS 800 MG TABLETTA 60x

BONEFOS 400 MG KAPSZULA 100x

8/n₁: Rosszindulatú daganatos betegségben (BNO: C00-C97) a daganatellenes kezelés (kemoterápia, sugárkezelés) okozta hányás (BNO: R11) csillapítására a klinikai onkológus, sugárterápiás, haematológus vagy tüdőgyógyász szakorvos az alábbi gyógyszereket*:

ANTIVOM 4 MG FILMTABLETTA 10x

ANTIVOM 8 MG FILMTABLETTA 10x

CERUCAL INJEKCIÓ 10x2 ml

CERUCAL TABLETTA 50x

EMETRON 4 MG FILMTABLETTA 10x

EMETRON 8 MG FILMTABLETTA 10x

ONDAGEN 4 MG FILMTABLETTA 15x

ONDAGEN 8 MG FILMTABLETTA 15x

ONDANSETRON EBEWE 4 MG 100x

ONDANSETRON EBEWE 4 MG 10x

ONDANSETRON EBEWE 4 MG 50x

ONDANSETRON EBEWE 8 MG 100x

ONDANSETRON EBEWE 8 MG 10x

ONDANSETRON EBEWE 8 MG 15x

ONDANSETRON EBEWE 8 MG 30x

ONDANSETRON EBEWE 8 MG 50x

ONDANSETRON SANDOZ 4 MG 10x
ONDANSETRON SANDOZ 8 MG 10x
ONDANSETRON-PLIVA 8 mg filmtabletta 30x
ONDANSETRON-Z 4 MG FILMTABLETTA 15x
ZOFRAN 16 MG VÉGBÉLKÚP 1x
ZOFRAN 4 MG FILMTABLETTA 15x
ZOFRAN 8 MG FILMTABLETTA 15x
ZOFRAN ZYDIS 4 MG OSTYATABLETTA 10x
ZOFRAN ZYDIS 8 MG OSTYATABLETTA 10x

8/n₂: Ha a citosztatikus kezelés okozta hányás (BNO: C00-C97, R11) a 8/n₁ pont szerinti gyógyszerekkel nem befolyásolható a klinikai onkológus, sugárterápiás, haematológus vagy tüdőgyógyász szakorvos az alábbi gyógyszereket*:

KYTRIL 1 MG FILMTABLETTA 10x
NAVOBAN 5 MG KAPSZULA 5x

9/a: Cisztás fibrózisban (mucoviscidosisban) (BNO: E84) szenvedő beteg részére a tüdőgyógyász, gyermek tüdőgyógyász, gasztroenterológus vagy gyermek gasztroenterológus szakorvos vagy javaslatuk alapján – a javaslat keltétől számított hat hónapig – a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket és tápszereket*:

CIFRAN 250 MG TABLETTA 10x
CIFRAN 750 MG TABLETTA 10x
CIPHIN 250 FILMTABLETTA 10x
CIPROFLOXACIN-RATIOPHARM 250 MG 10x
CIPROFLOXACIN-RATIOPHARM 500 MG 10x
CIPROLEN 250 MG FILMTABLETTA 10x
CIPROLEN 500 MG FILMTABLETTA 10x
CIPRUM 250 MG FILMTABLETTA 10x
CIPRUM 500 MG FILMTABLETTA 10x
CIPRUM 750 MG FILMTABLETTA 10x
CYDONIN 100 MG FILMTABLETTA 6x
CYDONIN 250 MG FILMTABLETTA 10x
CYDONIN 500 MG FILMTABLETTA 10x
FLUIMUCIL INJEKCIÓ 5x
KREON 10.000 KAPSZULA 20x
KREON 10.000 KAPSZULA 50x
KREON 25.000 KAPSZULA 100x
KREON 25.000 KAPSZULA 50x
SPUTOPUR 200 MG KAPSZULA 30x

9/b: Cisztás fibrózis (mucoviscidosis) (BNO: E84) dokumentált középsúlyos és súlyos tüdőmanifesztáció esetén a kijelölt intézmény gyermektüdőgyógyász szakorvosa vagy javaslata alapján – a javaslat keltétől számított hat hónapig – a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

PULMOZYME 2500 U (2.5 MG) 2.5 ML 30x

TOBI 300 mg/5 ml porlasztóoldat 56x

28. 12 év és 45 év között, súlyos allergiás etiológiájú asthma bronchiale-ban (BNO: J45.0) szenvedő betegnek, akiknek asztmája nagy dóziszú inhalációs szteroid és hosszú-hatású beta-2-agonista terápia ellenére nem kontrollált, és gyakoriak (dokumentáltan legalább 4/év) a súlyos, szisztémás szteroid kezelésre szoruló exacerbációk (IgE szintjük >76 IU/ml, és bőrpróbával vagy in vitro meghatározással szérumban specifikus IgE detektálható környezeti, inhalatív allergének ellen) - azzal, hogy a terápia eredményességét az asthma-kontroll mértékének ellenőrzésével a szteroidra szoruló exacerbációk számának csökkenése alapján értékelni kell – a regionális szakfőorvos engedélyével négy hónapig a fekvőbeteg intézmény gyermek-tüdőgyógyász vagy tüdőgyógyász szakorvosa az alábbi gyógyszereket*:

XOLAIR 75 MG POR ÉS OLDÓSZER 1x

XOLAIR 150 MG POR ÉS OLDÓSZER 1x

29/a. A terápiás haemoglobin célérték (13 g/dl) eléréséig: a heretumoros (BNO: C62) beteg kezelése idején, valamint a myeloma multiplexben (BNO: C90.0) és mérsékelt malignitású non-Hodgkin lymphomában (BNO: C82-85, C88, C90-91) szenvedő beteg kezelése során fellépő klinikai tünetekkel járó anaemiában (BNO: D63.0), az ovarium tumoros beteg (BNO: C56-57) kemoterápiája mellett kialakuló, klinikai tünetekkel járó anaemiában (BNO: D63.0), az emlődaganatos beteg (BNO: C50) adjuváns, neoadjuváns vagy első vonalú kemoterápiás kezelése mellett kialakuló, klinikai tünetekkel járó anaemia (BNO: D63.0) kezelésére, a kijelölt intézmény meghatározott haematológus vagy klinikai onkológus szakorvosa; a FIGO II/B-III/B stádiumú cervix daganatos (BNO: C53) betegeknel a radioterápia, radiochemoterápia előtt és alatt, klinikai tünetekkel járó anaemia (BNO: D63.0), valamint a II. és III. stádiumú fej-nyakidaganatban (BNO: C00-14, C32) szenvedő betegeknel a radioterápia, radiochemoterápia előtt és alatt, klinikai tünetekkel járó anaemia (BNO: D63.0) kezelésére a kijelölt intézmény meghatározott sugárterápiás szakorvosa; a kissejtes tüdődaganatban (BNO: C34) szenvedő beteg citosztatikus kezelése következtében kialakult, klinikai tünetekkel járó anaemiában a kijelölt intézmény meghatározott klinikai onkológus szakorvosa az alábbi gyógyszereket*:

EPREX 10.000 injekció fecskendőben 6x1,0 ml

EPREX 40 000NE injekció előretöltött fecskendőben 1X

29/b. A terápiás haemoglobin célérték (13 g/dl) eléréséig: a heretumoros (BNO: C62) beteg kezelése idején, valamint myeloma multiplexben (BNO: C90.0) és mérsékelt malignitású non-Hodg lymphomában (BNO: C82-85, C88, C90-91) szenvedő beteg kezelése során fellépő,

klinikai tünetekkel járó anaemiában (BNO: D63.0), az ovarium tumoros beteg (BNO: C56-57) kemoterápiája mellett kialakuló, klinikai tünetekkel járó anaemiában (BNO: D63.0); az emlődaganatos beteg (BNO: C50) adjuváns, neoadjuváns vagy első vonalú kemoterápiás kezelése mellett kialakuló, klinikai tünetekkel járó anaemia (BNO: D63.0) kezelésére, a kijelölt intézmény meghatározott klinikai onkológus vagy haematológus szakorvosa; kissejtes tüdődaganatban (BNO: C34) szenvedő beteg citosztatikus kezelése következtében kialakult, klinikai tünetekkel járó anaemiában a kijelölt intézmény meghatározott klinikai onkológu szakorvosa az alábbi gyógyszereket*:

ARANESP 150 MIKROGRAMM OLDATOS 1x

ARANESP 150 MIKROGRAMM OLDATOS 1x

ARANESP 300 MIKROGRAMM OLDATOS 1x

ARANESP 300 MIKROGRAMM OLDATOS 1x

ARANESP 500 MCG OLDATOS INJEKCIÓ 1x

ARANESP 500 MIKROGRAMM OLDATOS 1x

NEORECORMON 10000 NE INJEKCIÓ 6x0,6 ml

NEORECORMON 10000 NE OLDATOS 6 előretöltött

NEORECORMON 30000 NE OLDATOS 4 előretöltött

NEORECORMON 60000 NE INJEKCIÓ 1x

NEORECORMON 60000 NE POR ÉS 1 patron

Emelt, indikációhoz kötött támogatási kategóriába tartozó – a tüdőgyógyász szakorvosok által felírható gyógyszerkészítmények, betegségcsoportok és indikációs területek

Eü. 70% támogatási kategória

3/a₁: Közepesen súlyos krónikus asthma bronchialéban (BNO: J45.9) szenvedő (FEV1 60-80%, PEF variabilitás >30%, tünetek minden nap) beteg részére a tüdőgyógyász, gyermektüdőgyógyász, csecsemő- és gyermekgyógyász, belgyógyász-allergológus és klinikai immunológus vagy csecsemő- és gyermekgyógyász-allergológus és klinikai immunológus szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a háziorvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

AEROX 200 MIKROGRAMM 200 adag
AEROX JET 200 MIKROGRAMM 200 adag
ALVESCO 160 mcg túlnyomásos inhalációs oldat 1x60 adag
INTAL 20 MG KAPSZULA (BELÉGZÉSRE) 30x
MIFLONIDE 200 MCG INHALÁCIÓS 60x
MIFLONIDE 400 MCG INHALÁCIÓS 60x
NEPLIT EASYHALER 100 mikrogramm/adag 200 adag+védőtok
NEPLIT EASYHALER 200 mikrogramm/adag 200 adag+védőtok
NEPLIT EASYHALER 400 mikrogramm/adag 100 adag+védőtok
PULMICORT 200 MIKROG/ADAG 1x100 adag
PULMICORT 50 mikrog/adag inhalációs aeroszol 1x200 adag
PULMICORT TURBUHALER 100 200 adag
SEREVENT 25 mcg/adag inhalációs aeroszol (60 60 adag
SEREVENT 25 mcg/adag inhalációs aeroszol (120 120 adag
SEREVENT DISKUS POR INHALÁCIÓHOZ 1x60 adag
SEREVENT ROTADISKS 50 MIKROG/ADAG 60 adag + inha

3/a₂: Súlyos krónikus asthma bronchialéban (BNO: J45.9) szenvedő (FEV1<60%, PEF variabilitás >30%, folyamatos tünetek) beteg részére a tüdőgyógyász, gyermektüdőgyógyász vagy belgyógyász-allergológus és klinikai immunológus vagy csecsemő- és gyermekgyógyász-allergológus és klinikai immunológus szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a háziorvos, házi gyermekorvos a 3/a₁ pontban felsorolt, valamint az alábbi gyógyszereket*:

ALVESCO 160 mcg túlnyomásos inhalációs oldat 1x60 adag
ATIMOS 12 mcg túlnyomásos inhalációs oldat 100 adag
DIFFUMAX EASYHALER 12 120 adag
FLIXOTIDE 100 DISKUS POR 60 adag
FLIXOTIDE 125 EVOHALER INHALÁCIÓS 1x120 adag

FLIXOTIDE 250 DISKUS POR 60 adag
FLIXOTIDE 250 EVOHALER INHALÁCIÓS 1x120 adag
FLIXOTIDE 50 EVOHALER INHALÁCIÓS 1x120 adag
FLIXOTIDE 500 DISKUS POR 60 adag
FORADIL INHALÁCIÓS KAPSZULA 30x
FORADIL INHALÁCIÓS KAPSZULA 60x
FORMOTEROL CYCLO 12 MCG INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN 60x + inhalátor
FORTOFAN 12 MCG INHALÁCIÓS POR 60x
OXIS TURBUHALER 4,5 mcg/adag belélegzőpor 1x60 adag
SERETIDE 100 DISKUS POR 60 adag
SERETIDE 125 EVOHALER INHALÁCIÓS 120 adag
SERETIDE 250 DISKUS POR 60 adag
SERETIDE 250 EVOHALER INHALÁCIÓS 120 adag
SERETIDE 50 EVOHALER INHALÁCIÓS 120 adag
SERETIDE 500 DISKUS POR 60 adag
SYMBICORT FORTE TURBUHALER 60 adag
SYMBICORT MITE TURBUHALER 1x120adag
SYMBICORT MITE TURBUHALER 1x60 adag
SYMBICORT TURBUHALER BELÉGZŐPOR 1x120adag
SYMBICORT TURBUHALER BELÉGZŐPOR 1x60 adag

3/b: Gyermekkori asztma bronchialéban szenvedő beteg részére (BNO: J45.9) 14 éves korig, az életkorra vonatkozó rendelési előírások szigorú figyelembe vétele mellett a gyermektüdőgyógyász vagy csecsemő- és gyermekgyógyász-allergológus és klinikai immunológus szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

SINGULAIR MINI 4 MG RÁGÓTABLETTA 28x
SINGULAIR JUNIOR 5 MG 28x

3/c: Chronicus obstructiv légúti betegségben (COPD) (BNO: J44.9) (FEV1 a „kívánt érték” 80%-a alatti) szenvedő beteg részére a tüdőgyógyász vagy gyermek-tüdőgyógyász szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

DIFFUMAX EASYHALER 12 120 adag
OXIS TURBUHALER 4,5 mcg/adag belélegzőpor 1x60 adag
SEREVENT 25 mcg/adag inhalációs aeroszol (60 60 adag
SEREVENT 25 mcg/adag inhalációs aeroszol (120 120 adag
SEREVENT DISKUS POR INHALÁCIÓHOZ 1x60 adag
SPIRIVA INHALÁCIÓS 30x+Handi Haler

3/d: Chronicus obstructiv légúti betegségben (COPD) (BNO: J44.9) (FEV1 a „kívánt érték” 50%-a alatti) szenvedő beteg részére a tüdőgyógyász vagy gyermek-tüdőgyógyász szakorvos

vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

DIFFUMAX EASYHALER 12 120 adag
FORADIL INHALÁCIÓS KAPSZULA 30x
FORADIL INHALÁCIÓS KAPSZULA 60x
FORMOTEROL CYCLO 12 MCG INHALÁCIÓS POR KEMÉNY KAPSZULÁBAN 60x + inhalátor
OXIS TURBUHALER 4,5 mcg/adag belélegzőpor 1x60 adag
SERETIDE 500 DISKUS POR 60 adag
SYMBICORT FORTE TURBUHALER 60 adag
SYMBICORT TURBUHALER BELÉLEGZŐPOR 1x120adag
SYMBICORT TURBUHALER BELÉLEGZŐPOR 1x60 adag

4/c: A vénás thromboemboliák (BNO: Z29.8) elsődleges megelőzésére ágyhoz kötött belgyógyászati beteg részére közepesnél nagyobb thromboemboliás kockázat esetén, valamint thromboemboliás szövődményekhez vezető veleszületett vagy szerzett, dokumentált thrombophilia (BNO: D689) halmozott kockázattal járó eseteiben, profilaktikus dózisban a kockázat fennállásának idejére a belgyógyász, onkológus, neurologus, hematológus, tüdőgyógyász, traumatológus vagy szülész nőgyógyász szakorvos vagy javaslatuk alapján a házi orvos az alábbi gyógyszereket*:

CLEXANE 4 000 NE/0.4 ML (40 MG) 10x
CLEXANE 4 000 NE/0.4 ML (40 MG) 2x
CLEXANE 6 000 NE/0.6 ML (60 MG) 2x
CLEXANE 6 000 NE/0.6 ML (60 MG) 10x
FRAGMIN 5000 NE/0.2 ML INJEKCIÓ 10x0,2 ml
FRAXIPARINE 2850 NE 0.3 ML INJEKCIÓ 10x0,3 ml
FRAXIPARINE 3800 NE 0.4 ML INJEKCIÓ 10x0,4 ml
FRAXIPARINE 5700 NE 0.6 ML INJEKCIÓ 10x0,6 ml

4/e: A kialakult vénás thrombózis (BNO: I82.9), illetve tüdőembolia (BNO: I26.9) kezelésére – az adott készítmény alkalmazási előírása szerinti terápiás dózisban és időtartamban az orális antikoaguláns kezelésre való átállásig a belgyógyász vagy tüdőgyógyász szakorvos vagy javaslatuk alapján a házi orvos az alábbi gyógyszereket*:

CLEXANE 10 000NE/1,0ml (100mg) inj. fecskendőben 2x
CLEXANE 6 000 NE/0.6 ML (60 MG) 10x
CLEXANE 6 000 NE/0.6 ML (60 MG) 2x
CLEXANE 8 000 NE/0.8 ML (80 MG) 10x
CLEXANE 8 000 NE/0.8 ML (80 MG) 2x
FRAGMIN 10 000 NE/ ML TÖBBADAGOS INJEKCIÓ 10x1 ml
FRAGMIN 10 000 NE/ML INJEKCIÓ 10x1 ml
FRAGMIN 10 000NE/0,4ML INJ. FECSEKENDŐBEN 5x0,4ml
FRAGMIN 12 500 NE/0.5 ML INJEKCIÓ FECSEKENDŐBEN 5X0,5ml
FRAGMIN 15000 NE/0.3 ML INJEKCIÓ 10x0,3 ml
FRAGMIN 18000 NE/0.72 ML INJEKCIÓ 5x0,72 ml

FRAGMIN 7 500 NE/0.3 ML INJEKCIÓ 10x0,3 ml
FRAXIPARINE 5700 NE 0.6 ML INJEKCIÓ 10x0,6 ml
FRAXIPARINE 5700 NE 0.6 ML INJEKCIÓ 2x0,6 ml
FRAXIPARINE 7600 NE 0.8 ML INJEKCIÓ 10x0,8 ml
FRAXIPARINE 7600 NE 0.8 ML INJEKCIÓ 2x0,8 ml
FRAXIPARINE 9500 NE 1 ML INJEKCIÓ 10x1 ml
FRAXODI 11400 NE/0.6 ML INJEKCIÓ 10x0,6 ml
FRAXODI 15200 NE/0.8 ML INJEKCIÓ 10x0,8 ml
FRAXODI 19000 NE/1.0 ML INJEKCIÓ 10x1 ml

21. A kórelőzményben szereplő, dokumentált darázs-, méhméreg vagy fűkeverék allergia okozta generalizált anaphylaxiás reakció (BNO: T78.2) esetén azzal, hogy a kezelés csak intenzív osztályos háttérrel rendelkező intézetben végezhető az allergológus, klinikai immunológus, tüdőgyógyász, csecsemő- és gyermekgyógyász, gyermektüdőgyógyász, fül-orr-gégész vagy bőrgyógyász szakorvos az alábbi gyógyszereket*:

HSA OLDÓSZER PARENTERÁLIS CÉLRA 4.5 1x
HSA OLDÓSZER PARENTERÁLIS CÉLRA 4.5 10x
PURETHAL FŰKEVERÉK INJEKCIÓ 3 ml
VENOMENHAL MÉH KEZDŐ INJEKCIÓ 1x liofilizált por+1x10 ml oldószer,
VENOMENHAL DARÁZS KEZDŐ INJEKCIÓ 1x liofilizált por+1x10 ml oldószer,
VENOMENHAL MÉH INJEKCIÓ 6x liofilizált por+6x1,2 ml oldószer
VENOMENHAL DARÁZS INJEKCIÓ 6x liofilizált por+6x1,2 ml oldószer

26. Táplálékfelvétel és utilizáció súlyos károsodásával járó kórképek esetén (BNO: az alap betegség BNO kódja) szonda- vagy orális táplálásra- beleértve a rosszindulatú betegségeket is - a gasztroenterológus, gyermek gasztroenterológus, sebész, gyermeksebész, klinikai onkológus és sugárterápiás, tüdőgyógyász, neurológus, vagy annak javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított három hónapig - a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi tápszereket*:

ALFARÉ 400 g
FREBINI ORIGINAL FIBRE ÍZESÍTÉS: 500 ml üveg
FRESUBIN HP ENERGY 500 ml (üvegben)
FRESUBIN ORIGINAL ÍZESÍTÉS: VANÍLIA 500 ml
GLUCERNA VANÍLIA ÍZŰ 250 ml
ISOSOURCE ENERGY GYÜMÖLCS 500 ml
ISOSOURCE ENERGY NEM ÍZESÍTETT 500 ml
ISOSOURCE ENERGY VANÍLIA 500 ml
ISOSOURCE STANDARD CSOKOLÁDÉ 500 ml
ISOSOURCE STANDARD KÁVÉ 500 ml
ISOSOURCE STANDARD NEM ÍZESÍTETT 500 ml
ISOSOURCE STANDARD VANILIA 500 ml
MILUPA PREGOMIN 400 g
NOVASOURCE GI CONTROLL NEM ÍZESÍTETT 500ml

NOVASOURCE GI CONTROLL VANÍLIA 500ml
NUTRINI ENERGY 200 ml
NUTRINI 200 ml
NUTRISON ENERGY MULTI FIBRE 1000 ml
NUTRISON ENERGY 1000 ml
NUTRISON ENERGY 500 ml
NUTRISON POWDER 430 g
PEPTI-JUNIOR 450 g
PEPTISORB 500 ml
TWOCAL HN VANÍLIA ÍZŰ 237 ml

27. Cisztás fibrózisban (mucoviscidosisban) (BNO: E84) szenvedő beteg részére a tüdőgyógyász, gyermek tüdőgyógyász, gasztroenterológus vagy gyermek gasztroenterológus szakorvos vagy javaslatuk alapján – a javaslat keltétől számított hat hónapig – a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket és tápszereket*:

PULMOCARE 250ML

Eü. 70% támogatási kategória

1/a₁. Enyhe krónikus asthma bronchialéban (BNO: J45.9) szenvedő (FEV₁>80%, PEF variabilitás 20-30%, tünetek hetente több napon) beteg részére a tüdőgyógyász, gyermektüdőgyógyász, csecsemő- és gyermekgyógyász, belgyógyász-allergológus és klinikai immunológus vagy csecsemő- és gyermekgyógyász- allergológus és klinikai immunológus szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

ALDECIN AEROSZOL 1x200 adag
BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL 1x
ECOSAL INHALÁCIÓS AEROSZOL 1x200 adag
EGIFILIN 200 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 300 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 50 MG RETARD KAPSZULA 20x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG 200 IV. INJEKCIÓ 5x10 ml
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 50x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 30x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 100x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 30x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 100x
THEOPHTARD 150 MG RETARD 50x
THEOPHTARD 300 MG RETARD 40x
THEOSPIREX 150 MG RETARD 50x
THEOSPIREX 300 MG RETARD 50x
THEOSPIREX INJEKCIÓ 5x10 ml
VENTOLIN EVOHALER INHALÁCIÓS 200 adag

1/a₂. Közepesen súlyos krónikus asthma bronchialéban (BNO: J45.9) szenvedő (FEV₁ 60-80%, PEF variabilitás >30%, tünetek minden nap) beteg részére a tüdőgyógyász, gyermektüdőgyógyász, csecsemő- és gyermekgyógyász, belgyógyász-allergológus és klinikai immunológus vagy csecsemő- és gyermekgyógyász- allergológus és klinikai immunológus szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a házi orvos, házi gyermekorvos a 1/a₁ pontban felsorolt, valamint az alábbi gyógyszereket*:

ALDECIN AEROSZOL 1x200 adag
BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL 1x
ECOSAL INHALÁCIÓS AEROSZOL 1x200 adag
EGIFILIN 200 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 300 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 50 MG RETARD KAPSZULA 20x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG 200 IV. INJEKCIÓ 5x10 ml
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 50x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 100x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 30x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 100x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 30x
THEOPHTARD 150 MG RETARD 50x
THEOPHTARD 300 MG RETARD 40x
THEOSPIREX 150 MG RETARD 50x
THEOSPIREX 300 MG RETARD 50x
THEOSPIREX INJEKCIÓ 5x10 ml
VENTOLIN EVOHALER INHALÁCIÓS 200 adag

1/a₃. Súlyos krónikus asthma bronchialéban (BNO: J45.9) szenvedő (FEV₁<60%, PEF variabilitás >30%, folyamatos tünetek) beteg részére a tüdőgyógyász, gyermektüdőgyógyász, csecsemő- és gyermekgyógyász, belgyógyász-allergológus és klinikai immunológus vagy csecsemő- és gyermekgyógyász- allergológus és klinikai immunológus szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a házi orvos, házi gyerekorvos a 1/a₁-1/a₂ pontokban felsorolt, valamint az alábbi gyógyszereket*:

ALDECIN AEROSZOL 1x200 adag
BERODUAL N INHALÁCIÓS AEROSZOL 1x
ECOSAL INHALÁCIÓS AEROSZOL 1x200 adag
EGIFILIN 200 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 300 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 50 MG RETARD KAPSZULA 20x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG 200 IV. INJEKCIÓ 5x10 ml
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 100x

EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 100x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 100x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 100x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 30x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 30x
THEOPHTARD 150 MG RETARD 50x
THEOPHTARD 300 MG RETARD 40x
THEOSPIREX 300 MG RETARD 50x
THEOSPIREX 150 MG RETARD 50x
THEOSPIREX INJEKCIÓ 5x10 ml
VENTOLIN EVOHALER INHALÁCIÓS 200 adag

1/b. Chronicus obstructiv légúti betegségben (COPD) (BNO: J44.9) (FEV1 a „kívánt érték” 80%-a alatti) szenvedő beteg részére a tüdőgyógyász vagy gyermek-tüdőgyógyász szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

ALDECIN AEROSZOL 1x200 adag
EGIFILIN 200 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 300 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 50 MG RETARD KAPSZULA 20x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA
EUPHYLONG 200 IV. INJEKCIÓ 5x10 ml
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 50x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 30x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 100x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 30x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 100x
THEOPHTARD 150 MG RETARD 50x
THEOPHTARD 300 MG RETARD 40x
THEOSPIREX 150 MG RETARD 50x
THEOSPIREX 300 MG RETARD 50x
THEOSPIREX INJEKCIÓ 5x10 ml

1/c. Chronicus obstructiv légúti betegségben (COPD) (BNO: J44.9) (FEV1 a „kívánt érték” 50%-a alatti) szenvedő beteg részére a tüdőgyógyász vagy gyermek-tüdőgyógyász szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

ALDECIN AEROSZOL 1x200 adag
EGIFILIN 200 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 300 MG RETARD KAPSZULA 20x
EGIFILIN 50 MG RETARD KAPSZULA 20x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG 100 RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG 200 IV. INJEKCIÓ 5x10 ml
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG MINOR RETARD KAPSZULA 50x
EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 100x
EUPHYLONG RETARD KAPSZULA 50x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 30x
RETAFYLLIN 200 MG RETARD TABLETTA 100x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 30x
RETAFYLLIN 300 MG RETARD TABLETTA 100x
THEOPHTARD 150 MG RETARD 50x
THEOPHTARD 300 MG RETARD 40x
THEOSPIREX 150 MG RETARD 50x
THEOSPIREX 300 MG RETARD 50x
THEOSPIREX INJEKCIÓ 5x10 ml

13. Táplálékfelvétel és utilizáció súlyos károsodásával járó kórkepek esetén orális táplálásra (BNO: az alap betegség BNO kódja) - beleértve a rosszindulatú betegségeket is - a gastroenterológus, gyermek gastroenterológus, sebész, gyermeksebész, klinikai onkológus és sugárterápiás, tüdőgyógyász, neurológus, fül-orr-gégész vagy gyermek tüdőgyógyász szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított három hónapig - a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi tápszereket*

ENSURE PLUS DRINK ÍZESÍTÉS NÉLKÜL 200 ml
ENSURE CSIRKEHÚSLEVES ÍZŰ 250 ml
ENSURE PLUS DRINK ERDEI GYÜMÖLCS 200 ml
ENSURE PLUS DRINK VANÍLIA ÍZESÍTÉSŰ 200 ml
ENSURE PLUS DRINK BANÁN ÍZESÍTÉSŰ 200 ml
ENSURE PLUS DRINK BARACK ÍZESÍTÉSŰ 200 ml
ENSURE PLUS DRINK CSOKOLÁDÉ 200 ml
ENSURE PLUS DRINK KÁVÉ ÍZESÍTÉSŰ 200 ml
ENSURE PLUS DRINK NARANCS ÍZESÍTÉSŰ 200 ml
ENSURE PLUS DRINK EPER ÍZESÍTÉSŰ 200 ml
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK 200 ml
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK 200 ml
FRESUBIN ENERGY FIBRE DRINK 200 ml
FRESUBIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: 200 ml

FRESUBIN ENERGY DRINK ÍZESÍTÉS: EPER 200 ml

FRESUBIN ORIGINAL DRINK 200 ml

NUTRIDRINK BANÁN ÍZŰ 200 ml

NUTRIDRINK CSOKOLÁDÉ ÍZŰ 200 ml

NUTRIDRINK EPER ÍZŰ 200 ml

NUTRIDRINK ÍZESÍTÉS NÉLKÜLI 200 ml

NUTRIDRINK KARAMELL ÍZŰ 200 ml

NUTRIDRINK NARANCS ÍZŰ 200 ml

NUTRIDRINK TRÓPUSI GYÜMÖLCS ÍZŰ 200 ml

NUTRIDRINK VANÍLIA ÍZŰ 200 ml

NUTRIDRINK YOGHURT MÁLNA 200 ml

NUTRIDRINK YOGHURT VANÍLIA ÉS CITROM 200 ml

RESOURCE ENERGY 2,0 GYÜMÖLCS ÍZŰ SPECIÁLIS 200ML

RESOURCE ENERGY 2,0 SÁRGABARACK ÍZŰ SPECIÁLIS 200ML

RESOURCE ENERGY 2,0 VANÍLIA ÍZŰ SPECIÁLIS 200ML

Eü. 50% támogatási kategória

1/a₁: Dokumentált rhinitis allergiában (BNO: J30.1; J30.2; J30.4) vagy krónikus idiopathiás urticariában (BNO: L50.1) szenvedő beteg részére az allergológus és klinikai immunológus, fül-orr-gégész, tüdőgyógyász vagy gyermek tüdőgyógyász szakorvos vagy javaslatuk alapján – a javaslat keltétől számított hat hónapig – a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket:”

ALTIVA 120 MG FILMTABLETTA 10x
ALTIVA 120 MG FILMTABLETTA 30x
ALTIVA 180 MG FILMTABLETTA 10x
ALTIVA 180 MG FILMTABLETTA 30x
BUDESOGEN 100 µg/adag orrspray 200 adag
BUDESOGEN 50 µg/adag orrspray 200 adag
BECLONASAL AQUA 50 MCG/DÓZIS SZUSZPENZIÓS ORRSPRAY 1X9ML
BECLONASAL AQUA 50 MCG/DÓZIS SZUSZPENZIÓS ORRSPRAY 1X23ML
CETIGEN 10 MG FILMTABLETTA 30x
CETIRIZIN HEXAL 10 MG FILMTABLETTA 30x
CETIRIZIN HEXAL 10 MG/ML CSEPPEK 1x20 ml
CETIRIZIN-EP 10 MG FILMTABLETTA 10x
CETIRIZIN-EP 10 MG FILMTABLETTA 30x
CETIRIZIN-RATIOPHARM 10 MG 20x
CETRIN FILMTABLETTA 30x
CETRIN FILMTABLETTA 7x
CETRIN FILMTABLETTA 90x
CETRIPHARM 10 MG FILMTABLETTA 20x bliszterbe
CETRIPHARM 10 MG FILMTABLETTA 20x tartályban
CETRIPHARM 10 MG FILMTABLETTA 28x bliszterbe
CETRIPHARM 10 MG FILMTABLETTA 30x tartályban
CLARITINE 1 MG/ML SZIRUP 120 ml
EROLIN SZIRUP 1x120 ml
EROLIN TABLETTA 30x
FLIXONASE ORRSPRAY 120 adag
FLONIDAN 10 MG TABLETTA 20x
FLONIDAN 5 MG/5 ML SZUSZPENZIÓ 1x120 ml
KETOTIFEN L.F.M. 1 MG TABLETTA 30x
LORATADIN HEXAL 10 MG TABLETTA 30x
LORATADIN-RATIOPHARM 10 MG 20x
MERZIN FILMTABLETTA 30x
MERZIN FILMTABLETTA 60x
NASONEX 0.05% ORRSPRAY 1x18 g
PARLAZIN 10 MG/ML CSEPPEK 1x20 ml
PARLAZIN 10 MG FILMTABLETTA 30x
RHINOCORT AQUA 50 MIKROG/ADAG 200 adag
RHINOCORT TURBUHALER 100 200 adag

TALEUM ORRSPRAY 15 g

TELFAS 120 MG FILMTABLETTA 10x

TELFAS 120 MG FILMTABLETTA 30x

TELFAS 180 MG FILMTABLETTA 10x

TELFAS 180 MG FILMTABLETTA 30x

ZADITEN 1 MG TABLETTA 30x

ZADITEN SZIRUP 100 ml

1/a₂: Dokumentált rhinitis allergicában (BNO: J30.1; J30.2; J30.4), és krónikus idiopathiás urticariában (BNO: L50.1) szenvedő beteg részére az 1. a 1) pontban meghatározott egyes hatóanyagokra rezisztencia, intolerancia, allergia esetén allergológus és klinikai immunológus, fül-orr-gégész, tüdőgyógyász, gyermek tüdőgyógyász vagy bőrgyógyász szakorvos vagy javaslatuk alapján - a javaslat keltétől számított hat hónapig - a házi orvos, házi gyermekorvos az alábbi gyógyszereket*:

AERIUS 5MG FILMTABLETTA 30x

AERIUS 0.5MG/ML SZIRUP 1x 150 ml

XYZAL 0,5 MG/ML BELSŐLEGES OLDAT 200 ml

XYZAL 5 MG FILMTABLETTA 28x