

## SUT4.2.12-IMMUNGLOBULİNLERİN KULLANIM İLKELERİ

4.2.12A-Spesifik/hiperimmün İvimmünglobulinlerin kullanım ilkeleri (Hyper-hep,hepatitis,ıvhebex,rubeman,anatoxal,tetanea vb...)

1.Spesifik/hiperimmün İgler ayaktan tedavide ,sadece Sağlık Bakanlığının onay verdiği endikasyonlarda düzenlenecek uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilir.

Hepatit B,tetanos ve kuduz immünglobulinlerinde uzman hekim şartı aranmaz...

2.Anti-HepB İg,klinik uzman hekimler tarafından ve vaka başına profilaktik olarak 0,02-0,06ml/kg/doz erişkinlerde maksimum 1600 ünite, çocuklarda maksimum 800 üniteyi aşmamak üzere reçete edilebilir.

3.Hepatit b İmmünglobulinin,Hepatit B virüs yüzey antijeni taşıyan HbsAg hastalarda karaciğer transplantasyonu sonrası enfeksiyon profilaksisi endikasyonunda, a.100-1560 İu Hepatit B Immunglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000İU ,ameliyattan sonra ise hergün yedi gün boyunca 2000İU şeklindedir.Takip eden uzun dönem süresinde ise aylık toplam 2000İu dozuna kadar kullanılması ve en fazla bu dozda reçetelenmesi uygundur.Uzun dönem tedavinin birinci ayının sonunda Anti HBS düzeyi 100İu/litrenin altında ise bu durumun raporda/reçetede belirtilmesi koşuluyla ilave 2000İu kullanılabilir.

b.5000İu Hepatit B Immunglobulini içeren ilaçların prospektüsünde de belirtildiği gibi ameliyat süresince karaciğersiz fazda 10.000İU ,ameliyattan sonra ise 1inci,4üncü ve 7inci günlerde 5000İu şeklindedir.Takip eden uzun dönem süresinde ise 2 ayda bir toplam 5000İu dozuna kadar kullanılması ve en fazla bu dozda reçetelenmesi uygundur.Uzun dönem tedavinin birinci ayının sonunda Anti HBS düzeyi 100 İu/litrenin altında ise bu durumun raporda/reçetede belirtilmesi koşuluyla ilave 5000İu kullanılabilir.

**Not: Bu bilgilendirme yazısı tavsiye amaçlıdır. Kütahya Eczacı Odası'nın yasal sorumluluğu bulunmamaktadır.**

## SUT4.2.12-IMMUNGLOBULİNLERİN KULLANIM İLKELERİ

### 4.2.12.b Spesifik olmayan/gamma/polivalan immunoglobulinler

ENDİKASYON	UZMANLIK DALI	RAPOR AÇIKLAMA*
Pediyatrik HIV enfeksiyonunda	Pediyatrik Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı	
Gullian Barre Sendromunda	Nöroloji Uzmanı	
Myastenia Graviste	Nöroloji Uzmanı	Bulber tutulumu olan myastenia graviste
Gebeliğe sekonder immün trombositopeni veya gebelik ve primer trombositopeni beraberliğinde	Kadın Hastalıkları Uzmanı veya Hematoloji Uzmanı	
Prematüre ve düşük ağırlıklı bebeklerin nasokonyal enfeksiyonları, anne ve fetüs arasındaki kan grubu uyumsuzluklarında hemolizin azaltılmasında	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	
Yoğun bakımda yatan hastalarda antibiyotik tedavisine yardımcı olarak şiddetli bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde	İlgili Uzman Hekim	
Nörolojik hastalıklardan, myastenik kriz, limbik ensefalit, opsoklonus-myoklonus, eatenlambert sendromu, rasmussen ensefaliti, stifperscon sendromunda	İlgili Uzman Hekim	
Kronik İnflamatuar Polinöropati (CIDP), Multifokal Motor Nöropati (MMN) endikasyonlarında	İlgili Uzman Hekim	Steroid tedavisine puls ve idame tedavisine en az 6 ay yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarından hangisi varsa yazılacak
Sağlık Bakanlığı'nca onaylı diğer endikasyonlar için, ilacın prospektüsündeki endikasyonlarda	Hematoloji,tıbbi onkoloji,enfeksiyon hastalıkları,immunoloji veya romatoloji ve nefroloji uzman hekimleri, üniversite ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise bu hekimlere ilave olarak iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak uzman hekimler tarafından reçete edilir.	

Birdshot retinokoroidopati endikasyonunda ödenmez

\*Raporda bulunan endikasyonun ICD10 kodu normalde yoksa endikasyonun tam açıklamasının raporun açıklamalar kısmında yazılı olması gerekmektedir.

**Not: Bu bilgilendirme yazısı tavsiye amaçlıdır. Kütahya Eczacı Odası'nın yasal sorumluluğu bulunmamaktadır.**