

**KIRMIZI REÇETELERE YAZILACAK OLAN UYUŞTURUCU MADDE
VE
MÜŞTAHZARLARININ BU REÇETELERE YAZILABİLECEK AZAMİ DOZ**

MİKTARLARI

<u>UYUŞTURUCU MADDE/MÜŞTAHZARLAR</u>	<u>YAZILABİLECEK MAKSİMAL DOZ</u>
1)MORPHİNE HCL	300 mg(Parenteral)
Morphine HCL 0,01 g Ampul	30 amp
Morphine HCL 0,02 g Ampul	15 amp
NOT:Reçete, aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 5 günden önce tekrarlanamaz.	
2)MORPHİNE HCL	2700 mg(Oral)
Vendal Retard Tablet (30x10 mg)	9 Kutu
Vendal Retard Tablet (30x30 mg)	3 Kutu
Vendal Retard Tablet (30x60 mg)	1 Kutu
Vendal Retard Tablet (20x100 mg)	1 Kutu
3)MORPHİNE SULFATE	2700 mg(Oral)
MST Continius Tablet (20x10 mg)	13 Kutu
MST Continius Tablet (14x30 mg)	6 Kutu
MST Continius Tablet (6x60 mg)	7 Kutu
MST Continius Tablet (4x100 mg)	6 Kutu
M-ESLON Mikropellet Kapsül (21x10 mg)	12 Kutu
M-ESLON Mikropellet Kapsül (14x30 mg)	6 Kutu
M-ESLON Mikropellet Kapsül (7x60 mg)	6 Kutu
M-ESLON Mikropellet Kapsül (7x100 mg)	3 Kutu
NOT:Reçete, aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce tekrarlanamaz.	
4)PETHİDİNE HCL	1500 mg(Parenteral)
Aldolan Ampul 100 mg	15 Ampul
Pethidine Antigen Ampul 100 mg	15 Ampul
NOT:Reçete, aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 5 günden önce tekrarlanamaz.	
5)PETHİDİNE HCL	6000 mg(Oral)
NOT:Reçete, aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce tekrarlanamaz.	
6)OXYMORPHONE	25 mg
7)HYDROMORPHONE	35 mg
8)POUDRE D'OPİUM	1250 mg
9)TEİNTURE D'OPİUM	12,5 g
10)CODEİNE	1000 mg

NOT:Reçete, aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce tekrarlanamaz.

11)CODEİNE PHOSPHATE ½ H2O 1400 mg
NOT:Reçete, aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce tekrarlanamaz

12)OXYCODEİNE 50 mg

13)HYDROCODEİNE 110 mg

14)DİHYDROCODEİNE 600 mg

15)ETHYL MORPHİNE(DİONİNE) 375 mg

16)FENTANYL 1500 microg(1,5 mg)

Fentanyl Citrate Ampul 10x2 ml (50 mcg/ml) 1 Kutu
Fentanyl Citrate Flakon 10 ml (50 mcg/ml) 3 Flakon
Fentanyl Citrate Flakon 20 ml (50 mcg/ml) 1 Flakon
Fentanyl Citrate BP Antigen Ampul 10x2 ml (50 mcg/ml) 1 Kutu

17)Transdermal Flaster(Fentanyl) 75 mg

Durogesic 12 microg/saat Transdermal Flaster(5x1,2 mg) 6 Kutu
Durogesic 25 microg/saat Transdermal Flaster(5x2,5 mg) 6 Kutu
Durogesic 50 microg/saat Transdermal Flaster(5x5,0 mg) 3 Kutu
Durogesic 75 microg/saat Transdermal Flaster(5x7,5 mg) 2 Kutu
Durogesic 100 microg/saat Transdermal Flaster(5x10,0 mg) 1 Kutu

NOT:75 mg'lık miktar aşılmamak kaydıyla, bir reçeteye bu ilacın farklı dozlar içeren miktarları yazılabilir.Reçete, aksi gerekçeli bir raporla belirtilmediği takdirde 10 günden önce tekrarlanamaz.

NOT:100 mcg üzerinde kullanım ihtiyacı için olan hastalar için; hastanın klinik toleransı ve ağrı kontrolüne bağlı olarak 400 mcg/72 saat aşılmaması şartıyla, gerekçeyi belirtir 3 imzalı bir rapora istinaden, kansere bağlı ağrıların kontrolünde bir kırmızı reçeteye 15 (onbeş) günlük gerekli doz yazılabilir.

18)FENTANYL SİTRAT

ACTİQ 200 mcg Oromukozal Aplikatörlü Pastil 4 Kutu
ACTİQ 400 mcg Oromukozal Aplikatörlü Pastil 2 Kutu
ACTİQ 800 mcg Oromukozal Aplikatörlü Pastil 2 Kutu

19)ALFENTANİL HCL 7 mg

Rapifen Ampul 5x2 ml(0,5 mg/ml) 1 Kutu
Rapifen Ampul 5x10 ml(0,5 mg/ml) 1 Kutu

20)REMİFENTANİL

Ultiva Enjektabl Flakon 1 Kutu

21)SUFENTANİL SİTRAT 0,05 mg

Sufenta Ampul 5x2 ml(0,005 mg/ml) 1 Kutu
Sufenta Ampul 5x10 ml(0,005 mg/ml) 1 Kutu

22)DEXTROPROPOXYPHENE HCL 1000 mg

23)TİLİDİNE HCL(Dalidine) 1000 mg

24)DİPHENOXYLATE HCL 38 mg

25)PENTAZOCİNE(Basta, Sosegon Ampul-Tablet) 300 mg

26)METHADONE 125 mg

27)NORMETHADONE(Ticarda Damla) 112 mg

28)COCAİNE 225 mg

29)METHYLPHENİDATE HCL

Ritalin Tablet(30x10 mg) 12 Kutu

NOT:Ritalin tablet adlı müstahzardan sadece çocuk ve ergen psikiyatristleri ve yetişkin psikiyatristleri tarafından kırmızı reçeteye iki aylık tedavi için en fazla oniki kutu yazılabilir.

Concerta 18 mg tablet (30x10 mg) 2 Kutu

Concerta 36 mg tablet (30x36 mg) 2 Kutu

Concerta 54 mg tablet (30x54 mg) 2 Kutu

NOT:Concerta 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg Kontrollü Salım Tabletleri, çocuk ve ergen psikiyatristleri ve yetişkin psikiyatristleri tarafından bir kırmızı reçeteye aynı dozdan iki aylık tedavi için en fazla iki kutu, ayrıca aynı kırmızı reçeteye en fazla Concerta 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg Tabletler iki kutu ve Ritalin 10 mg tablet iki kutu beraber yazılabilir.

30)BUPRENORPHİNE HCL 9 mg(Parenteral)
Temgesic Ampul(5x0,3 mg) 30 Ampul

31)BUPRENORPHİNE HCL 10 mg(Oral)
Temgesic Sublingual Tablet(50x0,2 mg) 1 Kutu
Nopan Sublingual Tablet(20x0,2 mg) 2 Kutu

32)BUPRENORFİN NALOKSON

Suboxone Dilaltı Tablet(28x2 mg/0,5 mg) 6 kutu

Suboxone Dilaltı Tablet(28x8 mg/2 mg) 2 kutu

NOT: Suboxone Dilaltı Tablet rapora istinaden psikiyatristler tarafından kırmızı reçeye yazılacaktır.Rapor sadece kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı hastanelerde kurulan madde bağımlılığı tedavi merkezleri olan yerlerden verilecektir.Bir kırmızı reçete 14 günden önce tekrarlanmayacaktır.Her kırmızı reçeteye; reçeteyi yazan hekim tarafından "yapılan idrar tahlilinde opiat negatif çıkmıştır" ifadesi yer alacaktır.

33)HİDROMORFON HİDROKLORÜR

Jurnista 64 mg uzatılmış salımlı tablet 1 kutu

Jurnista 32 mg uzatılmış salımlı tablet 1 kutu

Jurnista 16 mg uzatılmış salımlı tablet 1 kutu

Jurnista 8 mg uzatılmış salımlı tablet 1 kutu