

SIKÇA SORULAN SORULAR

-Raporlarda etken madde aranması:

*13 Şubat 2007 öncesinde çıkan raporlarda etken madde, ilaç adı, doz belirtilmesine gerek yoktur.

*13 Şubat 2007 de dahil olmak üzere sonrasında çıkan raporlarda etken madde veya ilaç adı belirtilmesi zorunludur.

*1 Ağustos 2007 tarihinden sonra rapor tarihi ne olursa olsun eğer raporda etken madde ve doz varsa buna uyulmak zorundadır

*Rapor tarihi ne olursa olsun ilaç eğer Ek2/C 'ye giriyorsa raporda tedavi şeması belirtilmek zorundadır.

-Kolesterol raporlarıyla ilgili:

Eski raporlar süresi sonuna kadar geçerlidir. Her rapor çıktığı dönemin kurallarına göre değerlendirilir. Yani;

a) 15.05.2006 öncesinde raporlarda LDL ve trigliserid sonucu aranmaksızın ilaçlar karsılanabilmektedir.

b) 15.05.2006-15.06.2007 tarihleri arasındaki raporlarda LDL ve trigliserid sonucu raporda mutlaka belirtilmek zorundadır.

Tanı: Hiperlipidemi veya Koroner Arter Hastalığı

-Statin grubu ilaçlar için; LDL>160, idame tedavi raporda belirtilmişse LDL>100 - Statin grubu dışındaki ilaçlar için; TRIGLISERID>300 (idame tedavisi bulunmamaktadır)

Tanı: Hiperlipidemi+Akut Kroner Sendrom veya Diabet veya Geçirilmiş Mİ?

-Statin grubu ilaçlar için; LDL>130, idame tedavi raporda belirtilmişse LDL<100 - Statin grubu dışındaki ilaçlar için; TRIGLISERID>150 (idame tedavisi bulunmamaktadır)

Raporlar; dâhiliye, çocuk hastalıklar, kardioloji, kalp-damar cerrahisi, nöroloji, aile hekimliği uzman hekimleri çıkarabilmektedir. Raporuz verilmesi halinde tüm hekimlerce 6 ayda bir yapılan tetkik sonuçlarının bir örneğinin reçeteye eklenmesi kaydıyla yukardaki şartlarda verilebilir.

c) 15.06.2007 sonrasında çıkan raporlarda LDL veya TRIGLISERID sonucunun raporda yazmasına gerek yoktur. LDL veya TRIGLISERID sonuç belgesi muhakkak rapora eklenecektir(belge tarihi rapor tarihinden en fazla 6 ay önce olabilir).

NOT : SGK İstanbul'un 23/07/2007 tarihli "Lipid düşürücü ilaçlar reçeteleme ilkeleri" adlı

duyurusunda belirttiği üzere eğer kan lipid düzeyleri raporda belirtilmiş ise tahlil belgesinin rapora eklenmesine gerek yoktur.

Tanı: Hiperlipidemi

-Statin grubu ilaçlar için; LDL>160 (idame tedavi bulunmamaktadır) -Statin grubu

dışındaki ilaçlar için; TRIGLISERID>300 (idame tedavisi bulunmamaktadır)
Tanı: Hiperlipidemi+Akut kroner sendrom veya Diabet veya Geçirilmiş Mİ veya Geçirilmiş tme veya Koroner artar hastalgi veya periferik arter hastalgi veya abdominal aort anevrizması veya karotid arter hastalgi

-Statin grubu ilaçlar için; LDL>100 (idame tedavi bulunmamaktadır) -
Statin grubu dışındaki ilaçlar için; TRIGLISERID>200 (idame tedavisi bulunmamaktadır)

Tanı: Hiperlipidemi+Hipertansiyon (65 yaş ve üzeri hastalar için) -
Statin grubu ilaçlar için; LDL>130

-Klopidogrel Verilme ilkeleri:

-Klopidogrel raporlarında Koroner Arter Hastalgi teşhisinde GIS intoleransı olduğu belirtilen hastalarda ayrıca Anjiografi raporu aranacaktır.

- 6 aylık ilaç salımlı stent raporu olanlarda şu anda Klopidogrel ilaç bedeli karşılanmamaktadır.

-Koroner artere stent uygulanacak hastalarda kardioloji veya kalp-damar cerrahisi uzman hekimleri tarafından rapor aranmaksızın bir defaya mahsus olmak üzere 24 saat

öncesinden başlanabilir. Stent takılan hastalarda hastanın taburcu olmasından itibaren rapor

aranmaksızın 4 haftalık dozun bu hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

-Koroner Arter Hastalgi dışında Geçirilmiş Serebrovasküler tskemik Atak ve Tıkaçıcı Periferik Arter Hastalıklarında GIS intoleransının raporda belirtilmesi durumunda Kardioloji,iç hastalıklar,nöroloji,kalp-damar cerrahisi veya acil tıp uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen ve 12 ayı geçmemek üzere kullanılm süresinin belirtildiği ilaç kullanımı raporu ile diğer hekimler tarafından da reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

-Osteoporoz ilaçlar Verilme ilkeleri:

a) 15.06.2007 den önce çıkmış olan Osteoporoz raporlarında ise L1-4 ve L2-4, total femur ve femur boynu değerlerine bakılarak ilaç verilir, Yani raporlar çıktıkları zamanki kullarına göre kabul edilir.

b)15.06.2007 tarihinden sonra çıkan raporlarda;

1. Senil,postmenopozal ve cerrahi menopaza bağlı osteoporozda;

a) Patolojik kırık mevcudiyetinde: KMY ölçümünde L1,L2,L3,L4 veya femoral bölgeden yapılan KMY ölçümünde T değerlerinden herhangi birinin -1 veya daha düşük olduğu hastalarda

b) Kırık bulunmuyorsa: KMY ölçümünde L1,L2,L3,L4 veya femoral bölgeden yapılan femur total veya femur boynu KMY ölçümünde T değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya

daha düşük olduğu hastalarda verilebilmektedir.

-KMY ölçümü rapor tarihinden en fazla 6 ay öncesine ait olabilir.

- Ölçüm en erken 1 yıl sonra tekrar edilebilir ve yıldan bir defadan daha sık yapılamaz.

- 75 yaş ve üzerindeki hastalarda KMY ölçümüne gerek yoktur

2.Senil, postmenopozal ve cerrahi menapoza bağ l, osteopenide (T skorunun -1 ile -2,5 arasında olması)

Aşagıdaki hasta gruplarında bifosfonatların veya diğer osteoporoz ilaçlarının (raloksifen, stronsiyum ranelat) kullanımlarında raporda tedavi süresi belirtilir, omurgadan ve femurdan yapılan tetkiklerle ilgili KMY ölçümünün bir örneği ile belirlenen hastalıklara ait raporun bir örneği reçeteye eklenir.

- 1) Romatoid artrit,
- 2) Çölyak hastalđı,
- 3) Kronik inflamatuvar barsak hastalđı (Crohn Hastalđı veya Ülseratif Kolit),
- 4) Ankilozan spondilit,
- 5) Hipertiroidi, hipogonadizm,
- 6) Hipopituitarizm,
- 7) Anoreksia nevroza,
- 8) Kronik obstrüktif akciğer hastalđı,
- 9) Tip I diyabet,
- 10) Uzun süreli (en az 3 ay) ve > 5mg/gün sistemik kortikosteroid kullanımı veya
- 11) Organ nakli uygulanmış hastalara sağık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilir.

-OSTEOPEN raporlar sağık kurulu raporu şeklinde düzenlenmelidir.

-15.06.2007 den önce de sonra da çıkan raporlarda isimleri belirtilse de Aktif D(rocaltrol,one-alpha.alpha-D3)preparatları Osteoporoz teşhisinde ödenmez.

- Aktif D vitaminleri senil ve postmenopozal osteoporoz teşhisinde ödenmez. Juvenil Osteoporoz, kronik steroid kullanımına bağlı oluşan osteoporoz, paget hastalđı, osteogenezis

imperfekta, osteokondrodizplazi, sudek atrofisi; teşhislerinde aktif D vitaminleri ödenir.

-Bifosfonatların (risedronat,alendronat) veya diğer

osteoporoz(raloksifen,calcitonin,stromsiyum ranelat) ilağların birlikte kullanımını halinde sadece birinin bedeli ödenir.

-Şeker Ölçüm Çubukları nin Ödenmesi:

Şeker ölçüm çubukları için ya ayrı rapor gerekmektedir ya da mevcut Diabet raporunda şeker

ölçüm çubuğu ekletilebilir. Raporunda şeker ölçüm çubuğunun adı geçmek durumunda değildir,

reçetede hangi markanın adı yazıyorsa verilebilir.15.06.2007 öncesi çıkan raporlarda "kendi

kendine veya yakınları tarafından şeker ölçebilme yeteneğine sahip olduğu" ibaresinin bulunması gerekmektedir.15.06.2007 den sonra çıkan raporlarda bu ibarenin

bulunmasına

gerek yoktur.

Şeker ölçüm çubukları;

*Tip 1 diabetes mellituslu hastalar için ayda 100 adet

*Tip 2 diabetes mellituslu insülin kullanan hastalar için üç ayda 100 adet

*Hipoglisemi hastalar için ayda en fazla 50 adet

*Gestasyonel diyabet için gebelik süresince ayda en fazla 100 adet

*Sadece oral diyabetik ilaç kullanan diabetes mellituslu hastalara üç ayda 50 adet

Hesabıyla en fazla 3 aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

Kan şekeri ölçüm çubuklarına ait faturalara,sa ö lk raporunun fotokopisi ile reçetenin asıllar

ödeme evraklarına eklenecektir. Her bir şeker ölçüm çubuğu için ödenecek bedel 55 YKr'u

geçmeyecektir.

-SÜREKLİ KULLANIM REÇETELERİNİN KARŞILANMASI:

SUT'un Tebliğ eki EK-2 listesinde yer alan

1) Tüberküloz

2) Kalp yetmezliği

3) Koroner Arter Hastalığı

4) Disritmiler

5) Arteriyel Hipertansiyon

6) Kardiyomiyopati

7) Solunum Sistemi Hastalıkları

8) Diabetes Mellitus

9) Kronik Nörolojik Hastalıklar

10) Glaukom

Teşhislerinde ancak sürekli kullanım reçetesi düzenlenebilir.

Bunun devamında, bir ilacın sürekli kullanım olarak verilebilmesi için 3 husus daha önemlidir;

1) Raporunda etken madde veya ilaç adı yazıyor olması

2) Raporu bilgisayara girdiğinizde ilacın yanında S harfi yani sürekli kullanım çıkması.

3) Hastanın bir sefere mahsus reçete yazdırmış olması

-Hastadan raporun aslı alınır. Raporun aslının arkasına reçete bilgileri (reçetenin tarihi, protokol no, ilaç adı, dozu ve kullanım miktarı) işlenir. Hastaya imza attırılır ilaçları

aldığına dair ve eczacı kaşe basıp imzalar. Sonrasında bu raporun ön ve arka yüz fotokopisi

çekilip raporun aslı hastaya verilir.

-İkinci olarak raporun sağlık kurum/kuruluşu tarafından aslı gibidir onayı yapılmış bir örneği de alınacaktır.

-Reçete, provizyon çıktısı ve yukarıdaki iki belge birlikte kuruma gönderilir.

Bu uygulamadan sonra kurum tarafından sistemde raporun teyitlenmiş olması gerekmektedir.

Ancak bu durumda hasta bir sonraki seferinde sadece raporunun aslı ile ilaç temin edebilmektedir.

SIKÇA SORULAN SORULAR

1)HASTAYA OKUDUM ANLADIM YAZDIRILACAK MI?

Hayır, okudum anladım yazdırılma zorunluluğu kalkmıştır.

2)ŞEKER ÖLÇÜM ÇUBUKLARINDA ALINACAK FİYAT FARKI REÇETE ARKASINA YAZILACAK

MI?

HAYIR

3) REÇETE ARKASINA ALINACAK HASTAYLA İLGİLİ BİLGİLER NELERDİR?
HER 3 KURUM (EMEKLİ SANDIĞI, BAĞ-KUR, SSK) BİRLEŞTİĞİ İÇİN HEPSİNİN ARKASINA İLACI

ALANIN ADI, SOYADI, ADRES VEYA TELEFONU ALINACAKTIR. EĞER İLACI ALAN KİŞİ

HASTANIN KENDİSİ VEYA BİRİNCİ DERECE AKRABASI İSE TC KİMLİK NUMARASI ALINMASINA

GEREK YOKTUR, ASKİ TAKDİRDE TC KİMLİK NUMARASI

ALINACAKTIR.1.DERECE YAKINLAR

HASTANIN ANNESİ, BABASI, ÇOCUĞU, ESI VE KARDEŞİDİR.

4)RAPOR FOTOKOPİLERİNİ KİM TASDİKLEYECEK?

15-06-2007 TARİHİNDEN SONRA VERİLEN RAPORLAR İLK ALIŞ TA İKİ NÜSHA OLACAK

VEYA ASLININ FOTOKOPİSİNE REÇETEYİ DÜZENLEYEN HEKİM VE SAĞLIK KURUMU/KURULUŞU TARAFINDAN ASLI GİBİDİR YAPILABİLMEKTEDİR.

(SÜREKLİ

KULLANIM YAZILMASI DURUMUNDA)

1.7.2007 TARİHİNDEN İTİBAREN "ASLI GİBİDİR ONAYI REÇETEYİ KARŞILAYAN ECZACI TARAFINDAN DA YAPILABİLECEKTİR.

EMEKLİ SANDIĞI TARAFINDAN RAPORUN TEYİTLENMİŞ OLMASI DURUMUNDA DA

"ASLI GİBİDİR" ONAYLI BİR RAPOR FOTOKOPİSİ REÇETEYE EKLENECEKTİR

5) REÇETE ARKASI ONAYLARINI ECZACININ KENDİ Mİ YAPMASI GEREKİYOR

YOKSA ECZACININ GÖREVLENDİRDİĞİ BİR BAŞKASI İMZA ATABİLİR Mİ?

REÇETE ARKASI ONAYLARINDA YALNIZ ECZACI İMZA ATAR.HER REÇETENİN ARKASINA ECZACI İMZA VE KAŞESİNİ BASMAK ZORUNDADIR.

6)REÇETE ARKASINA FİŞ NUMARASI YAZMA ZORUNLULUĞU VAR MI?

HAYIR BU UYGULAMA KALKTI.

7)13.02.2007 TARİHİNDEN ÖNCE ÇIKARTILAN VE HİÇ ETKEN MADDE

YAZMAYAN

RAPORLARA ETKEN MADDE İLAVESİ GEREKİR Mİ?

HAYIR GEREKMEZ.

8)ÖZEL HASTANELERİN ÇIKARDIĞI SUT'A UYGUN RAPORLAR GEÇERLİ Mİ?

HASTANE SGK İLE ANLAŞMALIYSA 15.06.2007 TARİHİNDEN İTİBAREN ÇIKARILAN RAPORLAR KABULDÜR.

9)ETKEN MADDE YAZAN RAPORLARDA ETKEN MADDE DIŞI İLAÇ

VERİLEBİLİR Mİ?

HAYIR ESKİ VE YENİ HER RAPORDA ETKEN MADDE ADI BAĞLAYICIDIR. DOZ YAZIYORSA DOZDA BAĞLAYICIDIR.

10)DEPRESYON RAPORLARI GE ÇERLİLİĞİ 1 YIL MI?

DEPRESYON RAPORLARI 2 YILA KADAR OLABİLİYOR. 15.06.2007 TARİHİNDEN İTİBAREN TÜM ANTİDEPRESAN VE ANTİPSİKOTİK RAPORLARINDA SÜRE BELİRTİLECEKTİR.

12)15-06-2007 TARİHİNDEN SONRA ÇIKAN RAPORLARA KULLANIM ŞEKLİ VEYA ETKEN MADDE RAPORU ÇIKARAN UZMAN HEKİMİN KAŞE VE İMZASI İLE EKLENEBİLİR Mİ?

SÜREKLİ KULLANIM (REÇETESİZ İLAÇ) RAPORLARINDA EKLEME VEYA DÜZELTME

YAPILAMAZ. AMA ONUN DIŞINDAKİ RAPORLARDA ETKEN MADDE DOKTOR TARAFINDAN ELLE İLAVE EDİLEBİLİR. RAPORU DÜZENLEYEN DOKTORUN KAŞE VE

İMZASI, BAŞHEKİMİN DE KAŞE VE ISLAK İMZASI GEREKLİDİR. TEŞHİS DEĞİŞTİRİLEMEZ.

13)RAPORLARDA TEŞHİS BÖLÜMÜNE EKLEME YAPILABİLİR Mİ?

HAYIR, TEŞHİSE EKLEME YAPILMAZ.

14)DİALİZ SERTİFİKALI HEKİMLER UZMAN HEKİMLERİN YAZDIKLARI REÇETELERİ

YAZABİLİRLER Mİ?

DİALİZ SERTİFİKALI HEKİMLER PRATİSYEN HEKİM SAYILIRLAR. ÖZEL UZMANLIK

GEREKTİRMEYEN İLAÇLARI REÇETE EDEBİLİRLER.

15)ŞURUPLAR BİLGİSAYARA NASIL GİRİLECEKTİR?

ML OLARAK GİRİLECEKTİR.

16)MAMALAR BİLGİSAYARA HANGİ ŞEKİLDE GİRİLECEKTİR, NE KADARLIK ZAMANDA VEREBİLİR, KİMLER YAZABİLİR?

MAMALAR KUTU SAYISI OLARAK GİRİLECEKTİR. MAXİMUM 30 GÜNLÜK ÖDENİR.

MUHAKKAK RAPORU OLACAKTIR. SADECE UZMAN HEKİMLER REÇETE EDEBİLİR.

17)İNFERTİLİTE VE RAPORDA RAPORUN ASLI MI ALINACAKTIR?

EVET

18)HEKİMİN KAŞESİNDE ÇALIŞTIĞI KURUMUN YAZMASI GEREKİR Mİ?

15.06.2007'DEN İTİBAREN KAŞEDE HEKİMİN ÇALIŞTIĞI KURUMUN

BELİRTİLMESİNE GEREK YOKTUR.

19) ŞEKER ÖLÇÜM ÇUBUKLARI RAPORLARINI HANGİ HEKİMLER ÇIKARTABİLİR?

ÇOCUK UZMANI, İÇ HASTALIKLARI UZMANI, ENDOKRİNOLOJİ UZMANI

20) KREMLER, POMAD VE MERHEMLER RE ÇETEYE BİRDEN FAZLA KUTU YAZILABİLİR Mİ?

TOPIKAL FORMLARIN VERİLİŞİ ON GÜNDE EN FAZLA 2 KUTUDUR.

21) MİDE İLAÇLARINDA 28LİK TABLET FORMU VERİLDİĞİNDE REÇETEDE 1 AYLIK DİYE BELİRTİLMESİNE GEREK VAR MIDIR?

REÇETEDE BİR AYLIK VERİLECEK İLAÇLAR VAR İSE (MİDE İLAÇLARI, ANEMİ İLAÇLARI, MANTAR İLAÇLARI) 28LİK FORMDAN TEK KUTU VERİLMESİ HALİNDE 1

AYLIK DOZ YAZMASINA GEREK YOKTUR, EĞER 2 KUTU VERİLİYORSA REÇETEDE 1

AYLIK DOZ OLDUĞU VE TEŞHİSİ BELİRTİLMELİDİR.

22) REÇETELERDE VE RAPORLARDA TEŞHİS KISALTMALARI KABUL EDİLİYOR MU?

RAPOR TARİHİ NE OLURSA OLSUN RAPORDA TEŞHİS KISALTMASI KABUL EDİLMEZ.15.06.2007'DEN İTİBAREN REÇETELERDEKİ TESHİS KISALTMALARI SGK'NIN KABUL ETTİĞİ 54 MADDELİK KISALTMA LİSTESİDİR, HARİCİ KISALTMALAR KABUL EDİLMEZ.

23)ICD 10 KODU NEDİR? ICD 10 KODLARI HANGİ TARİHTEN İTİBAREN RAPORDA

BULUNMALIDIR? RAPO RA ELLE ICD 10 KODU EKLENEBİLİR Mİ?

ICD 10 KODU TEŞHİSİ BELİRTEN ULUSLAR ARASI HASTALIK KODLARIDIR. 15.06.2007

TARİHİNDE VE SONRASINDA ÇIKAN RAPORLARDA ICD 10 KODU OLMASI GEREKİR.

EĞER RAPORDA ICD 10 KODU YOKSA RAPORU ÇIKARTAN HEKİM RAPORUN ASLINA

ELLE EKLEYEBİLİR VE BASHEKİM DE ONAYLAMALIDIR.

24)BİR DİABET RAPORUNDA ETKEN MADDE BÖLÜMÜNDE İNSÜLİN ANALOGLARI

YAZIYORSA İSTENİLEN İNSÜLİN İLACI VERİLEBİLİR Mİ?

EVET

25)ENJEKSİYONLUK PREPARATLAR KAÇ GÜNLÜK DOZDA ÖDENİR?

AYAKTA HASTADA 10 GÜNLÜK, YATAN HASTADA 5 GÜNLÜK DOZLARDA ÖDENİR.

26)İNSÜLİN İĞNE UÇLARININ RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKİR Mİ?

REÇETEDE

BELİRTİLMESİ KAYDIYLA RAPORLU İŞLEM YAPABİLİR MİYİZ?

İĞNE UÇLARI RAPORDA BELİRTİLMEK ZORUNDA DEĞİLDİR. RAPORA İSTİNADEN

REÇETE EDİLMEK ŞARTIYLA VERİLEN İNSÜLİN ADEDİ KADAR İĞNE UCU DA VERİLEBİLİR.

27)EĞER RAPORDA FOTOĞRAF VAR İSE ÇİFT FOTOĞRAFLI RAPORLAR KABUL MÜDÜR?

HAYIR, KABUL DEĞİLDİR.

28)İSKEMİK KALP HASTALIĞI HANGİ RAPOR KODUYLA GİRİLİR?

04.02 KODUYLA KORONER ARTER HASTALIĞI İÇİNE GİRER

29-) Tahlil kağıtlarında trigliserit düzeyi 400'ün üzerinde LDL ölçülemiyor ibaresi yer almaktadır. Bu durumda statin verilebilir mi?

CEVAP: Evet verilebilir.

30-) Aldara krem'e anagenital siğil teşhisi ile rapor çıkartılmış ise, yinede kanser ilaçları verilme ilkelerine göre mi değerlendirilecek?

CEVAP: Aldara kremin anagenital siğil endikasyonu olmadığından kanser ilaçları verilme ilkelerine göre değerlendirilecek. Teşhis uyumu aranacaktır.

31-) LDL değeri 100'ün üzerinde olan, daha önce rapor ile statin kullanan hastalar yeni raporunda idame tedavisi yazılması kaydı ile ve eski rapor fotokopisinin reçeteye ilavesiyle statin kullanabilirler.

32-) Calcimax ve Cal-D-Vit A gibi ilaçlarda osteoporoz teşhisi ile tedavi şeması olmalı mıdır?

CEVAP: Hayır tedavi şemasına gerek yok.

33-) Targocid flakon için enfeksiyon hastalıkları uzmanının çıkardığı tek Dr. imzalı rapor oluyormu?

CEVAP: Evet

34-) Topomax migren teşhisinde nöroloji uzmanınca ödeniyor mu? yoksa rapor mu gerekiyor?

CEVAP: 6 (altı) ay süre ile diğer migren ilaçlarının etkisiz kaldığı raporda belirtilmesi koşulu ile nöroloji uzmanının yazdığı reçeteye göre bu kullanım raporu ile verilebilir.

35-) Raporda LDL değeri yazılı ise laboratuvar belgesi eklenmeli mi?

CEVAP: Hayır gerekli değil.

36-) Laboratuvar belgelerinde reçeteyi düzenleyen Dr.'un kaşesi ve imzası gerekir mi?

CEVAP: Belgede hastanın adı, istek yapan Dr.'un adı yazılı ise gerek yoktur ancak hastane ismi, istek yapan Dr. ismi bulunmayan sadece LDL yazan kağıtlara Dr. kaşe imzası gereklidir.

37-) İnfertilite raporlarında menogonlarda gonodotropin 4500 üniteye dahil edilmeli mi?

CEVAP: Evet edilmelidir.

38-) Ezetrol için LDL düzeyi 100'ün üzerindemi, 160'ın üzerindemi olmalı? Statin kullanımının ispatı yapılmalı mı?

CEVAP: İskemik kalp hastalığı, diyabet gibi ayrıca bir rahatsızlığı yok ise 160'ın üzerinde olması gerekir. Raporda 3(üç) ay boyunca statinlerle tedavi edildiğinin yazması yeterlidir.

39-) 15(onbeş) Hazirandan önce çıkan psikiyatri raporları 1(bir) yıllıktı. Raporda süre belirtilmemiş ise bu raporları 1(bir) yıllık mı? 2(iki) yıllık mı? kabul edeceğiz?

CEVAP: 2(iki) yıllık.