

ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIMI KILAVUZU

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam ve Dayanak

Amaç

Madde 1. Bu kılavuz, endikasyon dışı (off label use) kullanılan veya şahsi tedavi amacıyla yurt dışından getirilen ilaçların tıbbi, etik, hukuki, farmakoekonomik ve akılcı kullanımı temin etmek amacıyla hazırlanmıştır.

Tanım

Madde 2. Ülkemizde onaylanmış endikasyonların dışında ve/veya standart dozların üstünde ilaç kullanımı ile ülkemizde henüz ruhsatlandırılmamış ilaçların şahsi tedavi amacıyla yurt dışından getirtilerek kullanımı hususları “endikasyon dışı ilaç kullanımı” olarak adlandırılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL ESASLAR

Genel esaslar

Madde 3. Endikasyon Dışı ilaç kullanımı için belirlenmiş genel esaslar şunlardır:

1- Onaylı endikasyon ve standart doz dahilinde ilaç tedavisi seçeneği bulunan hastalıklarda endikasyon dışı ilaç kullanımına izin verilmeyecektir. Ancak belirgin olarak farmakoekonomik avantaj tanıyan tedavi seçeneklerine hasta ve hekimin talebi ile izin verilebilir.

2- Başvurular, hastayı takip eden hekimin imza ve kaşesini taşıyacaktır. Hasta, hasta yakını, eczacı veya başka şahıslarca başvuru formları düzenlenemez. Ülkemizde mevcut standart tedavi seçeneklerinin tümü tüketilmiş ise endikasyon dışı ilaç kullanımı için öncelikle ilgili ilacın istenilen endikasyonda kullanımının bilimsel yönden uygun olup olmadığının Bakanlıkça değerlendirilmesi, bu değerlendirmeye müteakip uygun bulunanlar için reçetelendirmenin yapılması gerekmektedir.

3- Bakanlıktan izin alınmadan endikasyon dışı ilaç kullanımına başlanılmış ise, geriye dönük bu gibi durumlar için yapılacak başvurular değerlendirilmeye alınmayacaktır.

4- Yukarıdaki şartlara uyan başvurular için gerekli belgeler:

a) Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü internet sayfasından (www.iegm.gov.tr) sağlanabilecek olan “**Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Talep Formu**” ()

b) Sağlık Kurulu Raporu veya İlaç Kullanım Raporu örneği

c) Hasta tarafından okunarak imzalanmış “**Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu**” ()

ç) Literatür: Endikasyon dışı ilaç kullanımı başvuruları Bakanlıkça çıkarılacak kılavuzlarda yer alan ilaçlar için tanımlanmış alanlarda yapılması gerekir. Tedavi süreleri de yine bu kılavuzlarla düzenlenecektir. Bu kılavuzlarda tanımlanan alanlar haricinde kullanılmak istenen ilacın ilgili endikasyonda kullanımına dair literatür eklenmelidir. Bu literatürler çok sayıda hastada olumlu sonuçların (sağ kalım avantajı, morbiditeye yol açan klinik bulguların gerilemesi, vb.) kesin

olarak gösterildiği, spesifik ve bilimsel hakemli dergi veya kitaplardan alınmış olmalıdır. Kısıtlı sayıda hasta içeriği veya vaka takdimi (case report) şeklinde olan literatür örnekleri kabul edilmeyecektir.

d) Epikriz (veya hastane çıkış özeti) örneği.

5- Başvuru “Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Çankırı Cad. No:57, 06060 Dışkapı-Ulus/ANKARA” adresine veya internette www.iegm.gov.tr adresi aracılığıyla yapılacaktır.

6- Uygulanan tedavi sonrası etkililik ve yan etki bakımından olumlu cevap alınan hastalarda tedaviye devam etmek istenir ise iznin son bir ayı içinde başvuru yapılabilecektir. Başvuruda hekim tarafından yeniden “**Endikasyon Dışı İlaç Kullanım Talep Formu**” () doldurulmayacak; “**Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu** ()” ve “**Etkililik ve Yan Etki Geri Bildirim Formu** ()” doldurulması yeterli olacaktır.

7- Bakanlık, talep edilen ilacın özelliğine göre ek form veya belge isteyebilir; gerektiğinde hastalıkla ilgili olarak yapılmış özel laboratuvar tetkiklerinin sonuçlarını da talep edebilir (kemik iliği biyopsisi, histopatoloji değerlendirme sonuçları gibi).

8- Hastalığın ilerlemesi, hastanın hayatını kaybetmesi ve ciddi advers etkiler gibi tedavinin sonlandırılmasını gerektiren hallerde en geç 5(beş) işgünü içinde Bakanlığa gerekçesiyle birlikte bildirimde bulunulacaktır.

9- Hastalığın ilerlemesi, hastanın hayatını kaybetmesi, ilaç alerjisi gibi olumsuz bir durum gelişmesine bağlı olarak tedavinin planlanan süreden daha erken kesilmesi halinde; bedeli Sosyal Güvenlik Kurumlarınca ödenmiş olan ilaçlar, tutanak karşılığı bir kamu hastanesi eczanesine hasta yakını tarafından teslim edilecek ve ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu ile İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü’ne sorumlu eczacı tarafından yazılı bilgi verilecektir.

10- Olumsuz sonuçlanan talepler için yapılacak itirazlar üç ay geçmeden değerlendirmeye alınmayacaktır. Ancak yeni literatür eklenmesi ve/veya hastanın klinik verileriyle ilgili ek bilgi sunulması durumunda itiraz değerlendirilebilir.

11- Yeni ruhsat veya endikasyon ilavesi almış olduğu halde henüz geri ödemeye alınmamış müstahzarlar geri ödeme listesine alınıncaya kadar şahsi tedavi bazında Bakanlığımızca verilen kullanım izni yazısıyla ödenir.

12- Endikasyon dışı ilaç kullanım izni şahsi (hasta bazında) olup, hastanın içinde bulunduğu özel klinik durum için verilir. Herhangi bir hasta için verilen izin; benzer teşhis konulmuş fakat farklı klinik seyre sahip diğer hastalara emsal teşkil etmeyeceği gibi, Bakanlığın ilaçla ilgili genel bir sağlık stratejisini de yansıtmaz.

13- Bakanlık, hastanın ilerleyen veya değişen klinik durumundan dolayı söz konusu izni iptal edebilir, doz ve uygulama süresinde değişiklikler yapabilir.

14- Bu kılavuz kapsamına girmeyen müteaddit başvurular ve izinsiz endikasyon dışı ilaç kullanımının tespiti halinde Bakanlıkça **5237 Sayılı Türk Ceza Kanununun 90. maddesi gereğince işlem yapılacaktır.**

Yasaklar

Madde 4. Bakanlıkça verilmiş izinler doğrultusunda yapılan tedaviler ve bunlardan elde edilecek sonuçlar bilimsel yayın amacıyla (vaka takdimi hariç) ve ilaç ruhsatlandırma çalışmalarına esas veri olarak kullanılamaz.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İzin Gerektirmeyen Onkoloji-Hematoloji İlaçları

Madde 5. Güncel tedavi kılavuzlarına girmiş ve standart tedaviler haline gelmiş, Bakanlığımızdan herhangi bir izin alınması gerekmeyen ve Sosyal Güvenlik Kurumu, Maliye Bakanlığı tarafından geri ödemesinin yapılabileceği uygulamalar aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir.

	ETKİN MADDE	ENDİKASYON
1.	ANTI-İNSAN T LENFOSİT GLOBULİN	Paroksizmal Noktürnal Hemoglobinüri Aplastik anemi
2.	DOSETAKSEL	Yumuşak doku sarkomlarının salvage (kurtarma) tedavisinde Waldenstrom makroglobülinemisi salvage (kurtarma) tedavisinde Hematopoitik Kök hücre (Kemik iliği) nakli hazırlık rejimlerinde Mycosis fungoides ve diğer cilt lenfomalarının salvage (kurtarma) tedavisinde
3.	FLUDARABİN	ALL ve AML tedavisinde standart indüksiyon şemalarıyla remisyon sağlama olasılığı düşük görünen yüksek sitogenetik riskli hastalarda Mantle cell lenfomada 2. basamak ve sonraki tedavide Aplastik anemi
4.	GEMSİTABİN	Yumuşak doku sarkomlarının salvage (kurtarma) kemoterapisinde Hodgkin ve Hodgkin-dışı lenfomalarda 3. basamak ve sonrası kemoterapisinde(vinorelbin ile kombine olarak) Nüks testis germ hücreli karsinomları 3. basamak kemoterapisinde (paklitaksel ile kombine olarak) Metastatik safra kesesi ve safra yolu tümörleri kemoterapisinde Plevral veya peritoneal malign mezotelyoma kemoterapisinde

		Mesane dışı üroteliyal tümörlerin kemoterapisinde
		Kaposi Sarkomu terapisinde
		Flebotomi ve/ veya hidroksiüreye dirençli trombositozla seyreden polisitemia vera
5.	İNTERFERON Konvansiyonel (Pegile Hariç)	Hidroksiüreye dirençli esansiyel trombositopeni
		Gebeliği olan polisitemia vera, esansiyel trombositopeni veya kronik myeloid lösemi
		Metastatik mide veya ösefagogastrik bileşke adenokarsinomları salvage (kurtarma) kemoterapisinde
6.	İRİNOTEKAN	Ekstrapulmoner küçük hücreli karsinomu salvage (kurtarma) kemoterapisinde
		Metastatik ince barsak kanserlerinin salvage (kurtarma) kemoterapisinde
7.	KAPESİTABİN	Metastatik Pankreas ca salvage (kurtarma) terapisinde
8.	KARBOPLATİN İRİNOTEKAN MELFALAN BUSULFAN SİKLOFOSEFAMİD ETOPOSİD THİOTEPA	Yüksek Grade Beyin tümörlerinin salvage (kurtarma) terapisinde
9.	TAKROLİMUS SİROLİMUS METOTREKSATE MİKOFENOLAT MOFETİL MİKOFENOLAT SODYUM	Hematopoietik Kök hücre (Kemik iliği) nakli hazırlık rejimlerinde
10.	OKSALİPLATİN	Refrakter Germ Hücreli Tümörlerin salvage (kurtarma) terapisinde

		İleri evre Pankreas Ca salvage (kurtarma) terapisinde
		Hodgkin ve Non Hodgkin Lenfoma salvage (kurtarma) terapisinde
		Metastatik Safra Kesesi ve yolları salvage (kurtarma) terapisinde
		Primer peritoneal seröz papiller karsinom veya endometrium evre III ve IV karsinomu kemoterapisinde
		Nüks testis germ hücreli karsinomları 3. basamak kemoterapisinde (gemsitabin ile kombine olarak)
11.	PAKLİTAKSEL	AIDS'e bağlı olmayan refrakter Kaposi sarkomu salvage (kurtarma) kemoterapisinde
		Lokal ileri veya metastatik serviks karsinomu kemoterapisinde
		Metastatik malign melanomun salvage (kurtarma) kemoterapisinde
		Yumuşak doku sarkomlarının salvage kemoterapisinde
		Üroteliyal tümörlerin salvage (kurtarma) kemoterapisinde
12.	PEMETREKSED	Nonsquamöz metastatik akciğer kanserinde taksan kullanımı kontrendike olan hastaların salvage (kurtarma) terapisinde
		Nazofarenks dışı lokal ileri baş-boyun kanserli ve radyoduyarlaştırıcı kemoterapi kullanımı kontrendike olan hastalarda radyoterapi ile eş zamanlı radyoduyarlaştırıcı olarak
13.	SETİKSUMAB	K-ras wild tip metastatik kolorektal hastalarda salvage (kurtarma) terapisinde
		Metastatik kolorektal kanserde irinotekan ve oxaliplatin içeren tedavileri kullanmış hastalarda 3. seçim tedavide irinotekan ile birlikte
14.	SİKLOSPORİN	Paroksizmal Noktürnal Hemoglobinüri

15.	TOPOTEKAN	Hematopoitik Kök hücre (Kemik iliği) nakli hazırlık rejimlerinde Aplastik anemi Ewing Sarkom Grubu tümörlerinin salvage (kurtarma) terapisinde Hodgkin ve Hodgkin-dışı lenfomalarda 3. basamak ve sonrası kemoterapisinde
16.	VİNORELBİN (I.V.)	(gemsitabin ile kombine olarak) C-erb B2 immünohistokimya ile (+++) veya FISH tekniği ile (+) hastalarda metastatik meme kanserinde trastuzumab ile kombinasyonunda

İzin Alınması Gereken Onkoloji-Hematoloji İlaçları

Madde 6. Sosyal Güvenlik Kurumu ve Maliye Bakanlığınca geri ödenebilecek ve sadece Bakanlığımızın izniyle yapılabilecek uygulamalar aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir.

	ETKİN MADDE	ENDİKASYON
1.	ALEMTUZUMAB	CD-52 Ekspresyonu gösteren standart tedavilere dirençli non-Hodgkin lenfoma tedavisinde
2.	ECULİZUMAB	Eculizumab refrakter olup sık transfüzyon gerektiren anemik PNH (Proksimal Noktürnal Hemglobinuri) hastalarında, tromboz riski açısından gereken bazal inceleme ve takip işlemleri yapılarak kullanılır. Transfüzyon tedavisine cevap vermeyen hastalarda Standart immünespresif tedavisine (anti timosit globulin, siklosporin) cevap vermeyen hastalarda KİT uygulaması, tıbbi nedenlerle ve/veya dörnor yokluğu nedeniyle yapılamayan hastalarda Başlangıç tedavisinde, ilk dört hafta boyunca haftada bir kez 600mg ve takip eden 5. haftada 900mg olarak uygulanır. İdame tedavisinde, 5. haftada uygulanan dozu takiben her

15. günde 900mg i.v. infüzyon olarak uygulanır.
- Tedaviye her başvuruda [· Ek-6](#) Eculizumab Kullanımı için Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formunun ve [· Ek-7](#) Aşı Sertifikasının doldurularak gönderilmesi şartı ile izin verilir.
- 3. İBRİTUMOMAB TİUKSETAN**
- Standart tedavilerini tüketmiş relaps/ diffüz B hücreli lenfoma tedavisinde
- 4. İMATİNİB**
- Yeni tanı veya relaps/ rezistans Phyladelphia (+) akut lenfoblastik lösemide, remisyon indüksiyonu sağlamak amaçlı çoklu kemoterapi şemalarıyla kombine olarak kullanım amacıyla .
- MALT lenfoma
- Burkit Lenfoma
- Mantle Cell Lenfoma
- Yeterli doz ve sürede (en az 4 kür) alkilleyici ajan ve fludarabine kullanmış halen dirençli evre III veya evre IV KLL tedavisinde
- 5. RİTUKSİMAB**
- Fludarabine tedavisinde hemolitik anemi gelişen KLL tedavisinde
- Waldenstrom makroglobülinemisi salvage (kurtarma) tedavisinde
- CD-20 (+) B hücreli primer beyin lenfomalarının nükslerinin kemoterapisinde
- Hematolojik malignensi dışı kullanımı ayrıca değerlendirilir
- 6. SORAFENİB**
- Karaciğer rezervi Child-Pugh A düzeyinde olan, kemoterapi alamayacak, inoperabil veya metastatik olan hastalar.
- 7. TRASTUZUMAB**
- Meme Kanserli hastaların tedavisinde C-ERB B2 immünohistokimya ile (++) veya FISH tekniği ile (+) hastalarda 9 hafta süreli tedavisi
- Tedaviye devam edilmek istenmesi durumunda, üçer aylık sürelerle :

_____ Ek-4'teki "Trastuzumabın Meme Kanseri Adjuvan Kullanımında Kardiyak Değerlendirme Formu" ve Ek-5'daki "Trastuzumab Kullanımı İçin Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu"nun doldurularak gönderilmesi şartıyla, tedavi süresi en fazla toplam 52 hafta olacak şekilde uygulanır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

İzin Gerektirmeyen Göz İlaçları

Madde 7. Güncel tedavi kılavuzlarına girmiş ve standart tedaviler haline gelmiş, Bakanlığımızdan herhangi bir izin alınması gerekmeyen ve Sosyal Güvenlik Kurumu, Maliye Bakanlığı tarafından geri ödemesinin yapılabileceği uygulamalar aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir.

İLAC	ENDİKASYON
1. Topikal damlaların etkilerini güçlendirmek amacıyla karıştırılarak kullanılan enjektabl antibiyotikler: Aminoglikozitler, fluorokinolonlar, sefalosporinler, vankomisin, amikasin	Keratit Korneal ülser Rutin tedaviye cevap vermeyen dirençli konjunktivit Endoftalmi ve panoftalmi olgularında ilaç uygulamaları
2. Lokal anestezikler ve antibiyotikler: Aminoglikozidler, fluorokinolonlar, sefalosporinler, vankomisin, amikasin, klindamisin	Tıbbi tedavi ve cerrahi müdahalelerde rutin prosedürde yer alan intraoküler ve perioküler ilaç uygulamaları
3. Antibiyotikler: Aminoglikozitler, fluorokinolonlar, sefalosporinler, vankomisin, amikasin, klindamisin	Bakterilere sekonder oküler enfeksiyonların tedavisinde rutin prosedürde yer alan intraoküler ve perioküler ilaç uygulamaları
4. Enjektabl steroidler: Dexametazon, betametazon, prednizolon, triamnisolon ve diğer enjektabl steroidler,	Cerrahi sonrası rutin prosedürler, antibiyotik, antifungal veya antiviral kontrolü altında endoftalmi, panoftalmi ve üveit olgularında ilaç uygulamaları
5. Antifungaller: Amfoterasin B, varikonazol, flukonazol, caspofungin	Mantara sekonder oküler enfeksiyonların tedavisinde rutin prosedürde yer alan intraoküler ve perioküler ilaç uygulamaları;
6. Antiviraller:	Virüslere sekonder oküler enfeksiyonların tedavisinde rutin prosedürde yer alan

	Asiklovir, gansiklovir, cidofovir, foscarnet	intraoküler ve perioküler ilaç uygulamaları
7.	Adrenalin	Tıbbi tedavi ve cerrahi müdahalelerde rutin prosedürde yer alan, pupilla dilatasyonu yapan ve lokal hemoraji riskini azaltmak amacıyla yapılan ilaç uygulamaları
	İntralezyonel steroidler:	
8.	Betametazon, dexametazon, triamsinolon	Şalazyon ve çilek nevus tedavisi
	Topikal antineoplastik ajanlar:	
9.	Mitomisin-c, 5-fluorourasil	Glokom, refraktif cerrahi, piterjiyum ve tumor eksizyonlarının tedavisi
	Birinci basamak tedavide: İmmunospressifler	
	ve immünomodilatörler:	
10.	Azathioprin, siklofosfamid, siklosporin, klorambusil, methotrexat	Behçet Hastalığı göz tutulumu (üveit, iridosiklit, retinit, retinal vaskulit, koroidit) ve behçete bağlı olmayan diğer endojen üveitlerin tedavisi
	İkinci basamak tedavide (birinci basamak tedaviye yanıtız durumlarda):	
	Konvansiyonel İnterferonlar (Pegile hariç)	
	Perioküler ve intraoküler ilaçlar:	
11.	Dexametazon, betametazon, prednizolon, triamnisolon	Oküler neovaskülerizasyonlar ve özellikle makulopati olmak üzere endike retinopatilerin tedavisi
12.	BEVACİZUMAB (Perioküler veya intraoküler kullanımında)	Oküler neovaskülerizasyonlar ve tüm makulopati veya retinopatilerde perioküler veya intraoküler kullanımında Arka segment için FFA veya fundus fotoğrafı, ön segment için ön segment fotoğrafının yer aldığı, üç ayrı göz hastalıkları uzmanının imzaladığı Sağlık Kurulu Raporuyla kullanılır. Toplam 10 hastaya günü birlik tedavi kapsamında kullanımı uygundur. Uygulama sonrasında ve'de yer alan formları ikişer nüsha şeklinde dolduracak, birer nüshasını

arşivleyecek, diğ er nüshasını ve yukarıda tanımlanan Sağlık Kurulu Raporu örneğini Bakanlığa gönderecektir.

Noevasküler (Yaş) yaşa bağı lı maküler dejenerasyon tanısında kullanımı halinde 'de yer alan form doldurulacaktır.

İzin Alınması Gereken Göz İlaçları

Madde 8. Sosyal Güvenlik Kurumu ve Maliye Bakanlığınca geri ödenebilecek ve sadece Bakanlığımızın izniyle yapılabilecek uygulamalar aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir.

İLAÇ

ENDİKASYON

1.

Anti TNF ilaçlar

Behçet Hastalığı göz tutulumu (üveit, iridosiklit, retinit, retinal vaskulit, koroidit) ve Behçet'e bağı lı olmayan diğ er endojen üveitler

Depresyon ya da intihar eğilimi nedeni ile interferonun kullanılmadığı olgularda acil kullanım endikasyonu psikiyatri raporu ile belgelemek ve sorumluluk tedaviyi uygulayan hekimde olmak kaydıyla anti TNF ilaçlara Bakanlığımızdan izin alınmaksızın başlanabilir, fakat onay başvurusu en geç 15 gün içinde Bakanlığımıza gönderilmelidir.

Bakanlığımızdan izin alınmadan anti TNF tedavisine başlanan fakat Bakanlığımızın değerlendirmesi sonucunda olumsuz sonuçlanan başvurular ile ilgili hukuki sorumluluk tedaviyi uygulayan hekime ait olacaktır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

İzin Gerektirmeyen Psikiyatri Alanında Kullanılan İlaçlar

Madde 9. Güncel tedavi kılavuzlarına girmiş ve standart tedaviler haline gelmiş, Bakanlığımızdan herhangi bir izin alınması gerekmeyen ve Sosyal Güvenlik Kurumu, Maliye Bakanlığı tarafından geri ödemesinin yapılabileceği uygulamalar aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir.

**ETKİN
MADDE**

ENDİKASYON

1. **D**

AMİSÜLPİRİ

* Diğ er psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk genel Tıbbi duruma bağı lı psikotik bozukluk,)

* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon

* Dirençli bipolar bozukluk (Mani)

2. AMİTRİPTİLİN

* Ağrı bozukluğu

* Yaygın anksiyete bozukluğu

* Panik bozukluğu

* Travma sonrası stres bozukluğu

* Somatizasyon bozukluğu

* Psikosomatik bozukluklar

3. ARİPİRAZOL

* Diğer psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk)

4. KARBAMAZEPİN

* Dürtü kontrol bozukluğu

* Zeka geriliğine bağlı saldırgan davranışlarda

* Travma sonrası stres bozukluğu

* Davranım bozuklukları (yaygın gelişimsel bozukluklar)

5. KETİAPİN

* Diğer psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, demansa bağlı psikoz)

* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon

* Zeka geriliğine bağlı saldırgan davranışlarda

6. KLOZAPİN

* Tedaviye dirençli diğer bazı psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk)

* Tedaviye dirençli bipolar bozukluk

7. LAMOTRİJİN

* Dirençli unipolar rekürren depresyon

8. LİTYUM

* Dirençli depresyon

9. OKSKARBAZEPİN

* Bipolar bozukluk

10. OLANZAPİN

* Diğer psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk)

* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon

* Anoreksiya Nervosa

* Zeka geriliğine bağlı saldırgan davranışlarda

11. PİMOZİD

* Tik bozukluğu

* Dirençli obsesif-kompulsif bozukluk

12. RİSPERİDON
Oral

* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon

* Dirençli obsesif-kompulsif bozukluk

* Dirençli tik bozuklukları

RİSPERİDON
13. Parenteral
depo

* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon

14. SSRI'lar

* Travma sonrası stres bozukluğu

* Panik bozukluğu

* Obsesif kompulsif bozukluk

* Sosyal fobi ve diğer fobiler

* Yaygın anksiyete bozukluğu

* Anoreksiya Nevroza

* Bulimia Nevroza

* Dürtü kontrol bozukluğu

15. SÜLPİRİD

* Dirençli veya psikotik özellikli depresyon

16. VALPROİK
ASİT

* Bipolar bozukluk

* Dürtü kontrol bozukluğu

* Zeka geriliğine bağlı saldırgan davranışlarda

* Travma sonrası stres bozukluğu

* Yaygın gelişimsel bozukluklar, davranım bozukluğu

17. ZİPRASİDON

* Diğer psikozlar (şizoaffektif bozukluk, sanrılı bozukluk, akut psikotik bozukluk genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk)