

Deskguide til læger om tilskud til symptomatisk allergimedisin

Gælder fra 1. februar 2027. Find patientens lægemiddel nedenfor og følg handlingen i sidste kolonne.

1. Find patientens lægemiddel (aktivt stof, form og udleveringsbestemmelse*).

2. Find tilskudsstatus pr. 1. feb 2027 (grøn, gul eller rød).

Vurdér. Er klausulen opfyldt: tidligere forsøg, effekt og bivirkninger? Kan patienten skifte behandling?

4. Udsted evt. ny recept. Ny recept ved skift fra generelt tilskud til klausuleret – ikke alene ved ændret klausul (ny klausul).

Symptomatisk behandling

Gruppe	Indholdsstof(fer) og udleveringsbestemmelse (hvor relevant)	Tilskuds-status**	Lægens handling (ved klausul-Se fuldstændig klausultekster i vedhæftede oversigt) ***
Næse	Mometason (kun B)	Generelt	Ingen handling.
	Fluticasonfuroat	Klausuleret	Klausul: Mometason skal være utilstrækkelig, ikke tålt eller behandlingen skal i særlige tilfælde ikke kunne gennemføres. Hvis klausul opfyldt: Ny recept – markér "Tilskud".
	Azelastin + fluticasonpropionat	Klausuleret	Klausul: Nasalsteroid alene skal være utilstrækkeligt. Hvis klausul opfyldt: Ny recept – markér "Tilskud".
	Olopatadin + mometason	Klausuleret	Klausul: Nasalsteroid alene skal være utilstrækkeligt, og billigere kombination kan ikke tåles. Hvis klausul opfyldt: Ny recept – markér "Tilskud".
	Levocabastin eller azelastin	Ny klausul	Ny klausul: Allergisk rhinitis, hvor nasalsteroid ikke tåles. Ændringen kræver ikke i sig selv en ny recept.
	Ipratropium	Ny klausul	Ny klausul: Vandig rhinoré ved vasomotorisk rhinitis. Ændringen kræver ikke i sig selv en ny recept.
	Budesonid, fluticasonpropionat, triamcinolone, beclometason eller mometason (kun HA18) Næsedråber: fluticasonpropionat	Ikke tilskud	Vælg relevant alternativ med tilskud. Overvej enkelttilskud****, hvis skift ikke er fagligt muligt. Næsedråberne havde heller ikke tidligere tilskud.
Øjne	Olopatadin	Generelt	Ingen handling.
	Azelastin eller ketotifen (kun Ketazed og Zalerg)	Uændret klausul	Ingen handling. Markér fortsat "Tilskud" ved allergisk konjunktivitis.
	Emedastin, levocabastin, ketotifen (ekskl. Ketazed og Zalerg) eller natriumcromoglicat. Både enkelt dosis og flaske.	Ikke tilskud	Vælg relevant alternativ med tilskud. Overvej enkelttilskud****, hvis skift ikke er fagligt muligt.
Oral	Tabl.: desloratadin (kun B) eller fexofenadin 180 mg (B)	Generelt	Ingen handling.
	Tabl.: Cetirizin eller desloratadin (HA/HF)	Uændret klausul	Ingen handling. Markér fortsat "Tilskud" ved allergisk sygdom.
	Oral opl.: desloratadin (B) eller rupatadin	Klausuleret	Klausul: Børn under 6 år med allergisk sygdom. Hvis klausul opfyldt: Ny recept – markér "Tilskud".
	Oral opl.: cetirizin eller desloratadin. Orale dråber: levocetirizin	Ny klausul	Ny Klausul: Børn under 6 år med allergisk sygdom. Ændringen kræver ikke i sig selv en ny recept.
	Tabl./kaps.: levocetirizin, rupatadin, bilastin, loratadin, acrivastin, ebastin eller fexofenadin 120 mg (kun HF)	Ikke tilskud	Vælg relevant alternativ med tilskud. Overvej enkelttilskud****, hvis skift ikke er fagligt muligt.
	Tabl./oral opl.: clemastin, meclozin, promethazin, diphenhydramin	Fortsat ikke tilskud	Ingen handling. De sederende antihistaminer havde heller ikke tidligere tilskud.

* Udleveringsbestemmelser: **B** = receptpligtigt | **HA** = håndkøb, kun på apotek | **HA18** = håndkøb, kun på apotek og kun til personer på 18 år eller derover, medmindre lægemidlet er ordineret på recept | **HF** = håndkøb på apotek og hos godkendte forhandlere.

** Baseret på Lægemiddelstyrelsens afgørelse af 22. september 2026.

*** Kontrollér altid aktuel tilskudsstatus og fuld klausul ved ordination.

**** Ved ansøgning om enkelttilskud: angiv tidligere forsøgte præparater, dosis, behandlingsvarighed, klinisk effekt, konkrete bivirkninger eller kontraindikationer og hvorfor alternativer ikke kan anvendes.