

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KT-ŞM-28 Yayın Tarihi :15.04.2025
	FOLFİRINOX KEMOTERAPİ ŞEMASI	Revizyon No :02 RevizyonTar...:06.12.2025 Sayfa No : 1 / 3

Hasta Adı Soyadı :			Protokol No :
Kilo :	Boy :	Vücut Yüzey Alanı :	
Tanı :		Evre:	Histoloji :

FOLFİRINOX TEDAVİ PLANI

Protokol İlaçları	Dozu /m ²	Uygulama Günleri
5-Fluorourasil 2400 mg / m ²		46-48 saat infüzyon 14 günde bir
Oksaliptatin 85 mg / m ²		1. gün 14 günde bir verilecek
Kalsiyum Folinat 400 mg / m ²		1. gün 14 günde bir verilecek
İrinotekan 180mg / m ²		1.Gün 14 günde bir verilecek

ANTİNEOPLASTİK, ANTİEMETİK VE HİDRASYON İLAÇLARI

- 1-100 cc sf içine 8 mg Deksametazon + avil + panto + Emetril konarak 10 dakikada iv verilecek, setten
- 2- 250 -500 cc % 5 dekstroze içinde **oksaliptatin 120** dk iv verilecek.
- 3-250-500 cc % 5 dex içinde **kalsiyum folinat** konarak 2 saatte (oksaliptatin ile eş zamanlı verilebilir)
- 4-100 cc izotonik NaCl ile damar yolu yıkanacak.
- 5- Atropin 0.25 sc uygulanacak
- 6-250 CC SF içinde **irinotekan 90 dakikada** iv (Işık korumalı infüzyon torbası ve seti kullanılır.
- 7-İnfüzyon pompası içinde **5-fluorourasil** konarak 48 saat sürekli iv infüzyon

KÜR	1.Gün	15. gün	Kür	1.Gün	15. gün
1.KUR			9.kür		
2. KUR			10.kür		
3. KUR			11.kür		
4. KUR			12.kür		
5. KUR			13.kür		

6. KUR			14.kür		
7. KUR			15.kür		
8.kür			16.kür		
KUR	1.GÜN	15.GÜN	KUR	1.GÜN	15.GÜN
17.kür			34.kür		
18.kür			35.kür		
19.kür			36.kür		
20.kür			37.kür		
21.kür			38..kür		
22.kür			39.kür		
23.kür			40.kür		
24.kür			41.kür		
25.kür			42.kür		
26.kür			43.kür		
27.kür			44.kür		
28.kür			45.kür		

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KT-ŞM-28 Yayın Tarihi :15.04.2025 Revizyon No :02 RevizyonTar...:06.12.2025 Sayfa No : 3 / 3
	FOLFIRINOX KEMOTERAPİ ŞEMASI	

29.kür			46.kür		
30.kür			47.kür		