

תאריך: _____

אלרגיה: _____

אבחנה: _____

שלב המחלה: _____

קו טיפול: _____ מחזור מס': _____

משקל: _____ גובה: _____ שטח גוף: _____ גיל: _____

מדבקה

תאריך ב. הדם: _____ CA-125= _____ CREAT = _____ Hgb = _____ PLT = _____ ANC = _____ WBC= _____

הערות: _____

DACTINOMYCIN

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	15 דקות לפני המתן: IV dexacort 8 mg + IV kytril 1 mg בתוך 150cc normal saline למשך 30 דקות.
	חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dactinomycin 1.25 mg /m2 בתוך 50 cc normal saline לתת בפוש.

החולה זקוקה למרשם ל-GCSF: ק / לא.

הפחתת מינון: ק/לא. סיבה: _____

חתימת אחות

חתימת רופא