

תאריך: _____

מדבקה

אלרגיה: _____

אבחנה: _____

שלב המחלה: _____

קו טיפול: _____ טיפול מס': _____

משקל: _____ גובה: _____ שטח גוף: _____

WBC= _____ ANC = _____ PLT = _____ Hgb = _____ CREAT = _____

תאריך ב. הדם: _____

הערות: _____

AMI
Adriamycin+Ifosofamide+Mesna

הערות	4	3	2	1	ימי טיפול תאריך
		מינון סופי _____ קצב _____ חתימה _____ שעה _____	מינון סופי _____ קצב _____ חתימה _____ שעה _____	מינון סופי _____ קצב _____ חתימה _____ שעה _____	IV N/S 1000cc + 1.5gr kcl + 2 grmg לתת במשך שעתיים.
	_____	_____	_____	_____	IV Zofran 8mg +IV dexacort 12mg בתוך 100cc N/S למשך 20 דקות.
		_____	_____	_____	T.Emend
		מינון סופי _____ חתימה _____ שעה _____	מינון סופי _____ חתימה _____ שעה _____	מינון סופי _____ חתימה _____ שעה _____	במחזור הראשון : IV Adriamycin 10mg/m ² בתוך 150cc N/S במשך כחצי שעה ללא מכשיר סופר טיפות. במחזור השני : IV Adriamycin 20 mg/ ²
		מינון סופי _____ קצב _____ חתימה _____ שעה _____	מינון סופי _____ קצב _____ חתימה _____ שעה _____	מינון סופי _____ קצב _____ חתימה _____ שעה _____	בסיום האדריאמיצין : IV Ifosofamide 1200mg/m ² + IV mesna 1200mg/m ² בתוך 1000cc N/S לתת במשך 20 שעות.
	_____	_____	_____	_____	בדיקת שתן בסטיק 1X במשמרת במידה ויש המטוריה (++) יש לתת IV MESNA 400MG

	4	3	2	1	ימי טיפול
					תאריך
	_____	_____	_____	_____	בעליה מעל 2 ק"ג ביממה יש לתת IV FUSID
	_____				ביום הרביעי יש לתת IV MESNA 1200 mg/m ² 4 שעות מסיום איפוספמיד

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: כן / לא

הפחתת מינון: כן/ לא . סיבה: _____

חתימת אחות

חתימת רופא
