

תאריך: _____

אלרגיה: _____

אבחנה: _____

שלב המחלה: _____

קו טיפול: _____ מחזור מס': _____

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

מדבקה

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

הערות: _____

BEVACIZUMAB

הערות	קצב	מינון סופי	
לחץ דם: _____ דופק: _____ חום: _____	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV bevacizumab 7.5 mg/ kg בתוך 100cc normal saline . יש למדוד ל.ד. דופק וחום לפני המתן. <u>בפעם הראשונה:</u> יש לתת במשך שעה וּחְצִי <u>בפעמים השנייה:</u> יש לתת במשך שעה. <u>בפעמים הבאות:</u> יש לתת במשך חצי שעה

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן/לא. סיבה: _____

חתימת אחות

חתימת רופא
