

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 (מינון גבוה)

הערות	קצב	מינון סופי	
לחץ דם: _____ דופק: _____ חום: _____	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV bevacizumab 15 mg/ kg בתוך 100cc normal saline . יש למדוד ל.ד. דופק וחום לפני המתן. <u>בפעם הראשונה: יש לתת במשך שעה וחצי</u> <u>בפעמים השנייה: יש לתת במשך שעה.</u> <u>בפעמים הבאות: יש לתת במשך חצי שעה</u>

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן/לא. סיבה: _____

חתימת אחות

חתימת רופא
