

תאריך: \_\_\_\_\_

אלרגיה: \_\_\_\_\_

אבחנה: \_\_\_\_\_

שלב המחלה: \_\_\_\_\_

קו טיפול: \_\_\_\_\_ מחזור מס': \_\_\_\_\_

משקל: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_ שטח גוף: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

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

הערות: \_\_\_\_\_

מדבקה
-------

### CARBOPLATIN

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	מתן למשך כשעה וחצי: IV normal saline 1000 cc + 1.5 gr KCl + 2 gr MgSo <sub>4</sub>
		קנ/לא	T. Akynzeo
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dexacord 8mg+ IV Kyril 1 mg <b>או</b> IV Pramin 10 mg בתוך normal saline 150cc למשך 30 דקות.
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Carboplatin AUC- 6 CCT _____ בתוך 500cc N/S / DEX 5% לתת במשך שעה- שעה וחצי

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: קנ / לא.

הפחתת מינון: קנ/לא. הערות: \_\_\_\_\_

חתימת אחות

חתימת רופא

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_