

תאריך: _____

מדבקה

אלרגיה: _____

אבחנה: _____

שלב המחלה: _____

קו טיפול: _____ מחזור מס': _____

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

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

הערות: _____

CARBOPLATIN (שבועי)

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	מתן למשך כשעה וחצי: IV normal saline 1000 cc + 1.5 gr KCl + 2 gr MgSo ₄
		כן/לא	T. Akynzeo
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dexacord 8 mg + IV Kytril 1 mg IV Pramin 10 mg בתוך 150cc normal saline למשך 30 דקות.
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Carboplatin AUC=2 CCT = _____ N/S / Dex5% 150cc- 500cc בתוך לתת במשך שעה.

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן/לא. הערות: _____

חתימת אחות

חתימת רופא
