

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: \_\_\_\_\_

**DOXORUBICIN HCL LIPOSOME(Doxil) + CARBOPLATIN**

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV 1000cc Normal Saline 0.9% + 1.5gr KCl + 2gr MgSO <sub>4</sub> לתת במשך שעה וחצי
		כן/לא	T. Akynzeo
		_____	IV Kytril 1 mg <b>או</b> IV Pramin 10 mg + Dexacord 8 mg למשך 150normal saline בתוך 30 דקות.
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	יש לבצע שטיפה עם 5% dex
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Doxorubicin HCL Liposome 30mg/m <sup>2</sup> <b>בתוך 500cc dex 5% יש לתת במשך שעה</b>
			יש לבצע שטיפה עם 5% dex
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Carboplatin AUC=5 CCT= _____ בתוך 150cc-500cc N/S / Dex 5% במשך שעה

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן / לא. הערות: \_\_\_\_\_

חתימת אחות

חתימת רופא

