

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**

**DOXORUBICIN HCL LIPOSOME(Doxil)**

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dexacort 8 mg בתוך 150cc normal saline לתת במשך 30 דקות.
		כן/לא	T. Akynzeo
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____		יש לבצע שטיפה עם 5% dex.
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Doxorubicin HCL Liposome במתן פעם ראשונה: 40 mg/m <sup>2</sup> במתן פעמים הבאות: 45 mg/m <sup>2</sup> יש לתת בתוך 500cc dex 5% למשך שעה.

החולה זקוקה למרשם ל-GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן/לא. הערות: \_\_\_\_\_

חתימת אחות

חתימת רופא

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_