

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** (תלת שבועי)

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dexacort 8 mg + IV Kytril 1 mg <b>א</b> IV Pramin 10 mg בתוך normal saline 150cc למשך 30 דקות.
		ק/לא	T. Akynzeo
	חתימה _____ שעה _____	_____	IV Doxorubicin 60mg/m <sup>2</sup> לתת במשך חצי שעה ללא מכשיר 150cc normal בתוך saline

החולה זקוקה למרשם ל-GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון כן / לא. סיבה: \_\_\_\_\_

חתימת אחות

חתימת רופא

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_