

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 (שבועי)

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dexacort 8 mg + IV Kytril 1 mg א IV Pramin 10 mg בתוך normal saline 150cc למשך 30 דקות.
		ק/לא	T. Akynzeo
	חתימה _____ שעה _____	_____	IV Doxorubicin 20mg/m ² לתת במשך חצי שעה ללא מכשיר סופר טיפות בתוך 100cc normal saline

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: קן / לא.

הפחתת מינון: קן/לא. סיבה: _____

חתימת אחות

חתימת רופא
