

תאריך: _____

אלרגיה: _____

אבחנה: _____

שלב המחלה: _____

קו טיפול: _____ מחזור מס': _____

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

מדבקה

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

הערות: _____

Docetaxel + Carboplatin (שבועי)

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	15 דקות לפני המתן: IV dexacort 8 mg + IV zantac 50mg בתוך 100cc normal saline למשך 30 דקות.
		כן/לא	T. Akynzeo
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV docetaxel 35 mg / m ² בתוך 500 cc normal saline לתת במשך שעה
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Kytril 1 mg IV Pramin 10 mg בתוך 100cc normal saline למשך 30 דקות.
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Carboplatin (AUC = 2) CCT = _____ לתת בתוך: N/S / Dextrose 5% 150 cc-500cc במשך שעה.

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן/לא. הערות: _____

חתימת אחות

חתימת רופא

