

תאריך: _____

אלרגיה: _____

אבחנה: _____

שלב המחלה: _____

קו טיפול: _____ מחזור מס': _____

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

מדבקה

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

הערות: _____

Docetaxel (תלת שבועי)

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dexacort 12 mg + IV Zantac 50mg בתוך 150cc normal saline למשך 30 דקות.
		ק/לא	T. Akynzeo
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Docetaxel 75 mg / m ² בתוך 500 cc normal saline לתת במשך שעה.

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: קן / לא.

הפחתת מינון: קן/לא. סיבה: _____

חתימת אחות

חתימת רופא
