

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 (שבועי)

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dexacort 8 mg + IV Zantac 50 mg בתוך normal saline 100cc למשך 30 דקות.
		ק/לא	T. Akynzeo
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Docetaxel 35 mg / m² normal saline 500 cc בתוך לתת במשך שעה

החולה זקוקה למרשם ל-GCSF: ק / לא.

הפחתת מינון: ק/לא. סיבה: _____

חתימת אחות

חתימת רופא