

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: _____

GEMCITABINE +CARBOPLATIN

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	1000cc IV Normal Saline 0.9% + IV 1.5 gr KCl + IV 2 gr MgSO ₄ לתת במשך שעה וחצי
		כן/ לא	T. Akynzeo
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dexacort 8 mg + IV Kytril 1 mg IV Pramin 10 mg בתוך normal saline 150cc למשך 30 דקות.
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Gemcitabine- 650-750 mg/ m ² 500cc normal saline בתוך לתת במשך חצי שעה עד שעה וחצי.
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	בסיום הגמציטבין יש לשטוף עם סליין IV Carboplatin AUC=2 CCT= _____ N/S / Dex 5% 100cc-500cc בתוך לתת במשך שעה

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן/ לא. הערות: _____

חתימת אחות

חתימת רופא

