

תאריך: \_\_\_\_\_

מדבקה
-------

אלרגיה: \_\_\_\_\_

אבחנה: \_\_\_\_\_

שלב המחלה: \_\_\_\_\_

קו טיפול: \_\_\_\_\_ מחזור מס': \_\_\_\_\_

משקל: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_ שטח גוף: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

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

הערות: \_\_\_\_\_

### GEMCITABINE

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV dexacort 8mg בתוך normal saline 150cc למשך חצי שעה.
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Gemcitabine _____ mg / m <sup>2</sup> בתוך 500cc normal saline למשך שעה וחצי

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן / לא. סיבה: \_\_\_\_\_

חתימת אחות

חתימת רופא

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_