

תאריך: \_\_\_\_\_

אלרגיה: \_\_\_\_\_

אבחנה: \_\_\_\_\_

שלב המחלה: \_\_\_\_\_

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

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

מדבקה
-------

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

הערות: \_\_\_\_\_

### METHOTREXATE

הערות	יום 7	יום 5	יום 3	יום 1	תאריך
	מינון סופי	מינון סופי	מינון סופי	מינון סופי	
בימים 2,4,6,8 המטופלת טיטול כדור לויקוברין במינון של 0.1mg/kg	_____	_____	_____	_____	IM methotrexate 1mg/kg בימים 1,3,5,7

- לפני תחילת הטיפול יש לקחת רמת  $\beta$ hcg, ס.ד. וכימיה.
- 
- בשאר הימים יש לקחת לפני הטיפול ס.ד. וכימיה.

החולה זקוקה למרשם ל-GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן/ לא. סיבה: \_\_\_\_\_

חתימת אחות

חתימת רופא

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_