

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: _____

NIVOLUMAB

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV NIVOLUMAB 3mg/kg בתוך 100cc N/S לתת במשך חצי שעה בסט של טקסול.

יש לבדוק תפקודי בלוטת התריס לפני טיפול.

החולה זקוקה למרשם ל-GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן/ לא. סיבה: _____

חתימת אחות

חתימת רופא
