

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: _____

TOPOTECAN (שבועי)

הערות	קצב	מינון סופי	
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Dexacort 8 mg בתוך 150cc normal saline למשך 30 דקות.
	קצב _____ חתימה _____ שעה _____	_____	IV Topotecan 4 mg /m ² בתוך 150 cc לתת במשך 30 דקות.

החולה זקוקה למרשם ל- GCSF: כן / לא.

הפחתת מינון: כן/ לא. סיבה: _____

חתימת אחות

חתימת רופא