

VIP

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... สิทธิการรักษา.....
 HN..... AN..... ทอผู้ป่วย..... Drug allergy.....
 CBC: Hb.....g/dl WBC...../µl ANC...../µl Plt...../µl
 Diagnosis..... Stage.....

VIP CHEMOTHERAPY (21 days/cycle)

BW.....kg Ht..... cm BSAm² P.S. (ECOG)
 GFR =(0.85(♂) or 1(♀) x (140-age) x BW)/72 xCr) =.....ml/min, Cr.....mg/dl
 Course No..... วันที่ให้ยา.....

Prehydration

- 0.9%NSS 1000 ml IV ml/hr x..... ชม **Day 1**

Premedication 30 min before chemotherapy **Only Day 1**

- Ondansetron 8 mg IV before chemo
- Dexamethasone 10 mg in NSS 50 ml IV drip free flow before chemo
- Olanzapine (5) 1 tab PO before chemo

Chemotherapy

- Cisplatin mg (20 mg/m²) + NSS 100 ml IV drip in 30 mins **Day 1-5**
- Etoposide mg (75 mg/m²) in NSS 500 ml IV drip in 3 hrs **Day 1-5**
- Mesna..... mg (240 mg/m²) in NSS 100 ml IV drip in 30 mins **Day 1-5**
(at 30 min before Ifosfamide)
- Ifosfamide..... mg (1,200 mg/m²) plus Mesna.....mg (480 mg/m²) in NSS 500 ml IV drip
in 2 hrs **Day 1-5**

Hydration (ขณะให้ยาเคมีบำบัดจนครบ 5 วัน)

- 0.9% NaCl 1000 ml IV dripml/hr

Home Medication

- Dexamethasone(4) 1 tab po pc OD day 2-5 # 4
- Ondansetron (4 mg) 2 tab po ac OD day 2-5 # 8
- Olanzapine (5) 1 tab po hs day 2-5 # 4
- Metoclopramide(10) 1 tab po prn q 8 hr for nausea/vomiting # 10
- senokot 2 tabs po hs prn for constipation # 20
- G-CSF*** 300 mcg SC OD x..... day เริ่มหลังยาเคมีหมดอย่างน้อย 24 ชม. #.....

***หมายเหตุ : แขนงใบประเมินทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ G-CSF

ถ้าผู้ป่วยมี sign of anaphylaxis

-หยุดยาทันที สังเกตอาการและ V/S จนกลับมาเป็นปกติ notify แพทย์รับทราบ

แพทย์.....

ว.....

Sakaeo Crown Prince Hospital
 Doctor's Prescription & Progression Record

SCPH 03

For One Day		For Continuation		
วันที่/ เวลา	Orders	วันที่/ เวลา	Orders	
	<p style="text-align: center;">VIP Protocol</p> <ul style="list-style-type: none"> - Admit ward..... - Lab <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>CBC <input type="checkbox"/>UA <input type="checkbox"/>BUN <input type="checkbox"/>Cr <input type="checkbox"/>LFT <input type="checkbox"/>Electrolyte <input type="checkbox"/>CXR PA <input type="checkbox"/>CEA <input type="checkbox"/>Others - ส่ง Daycare for CMT ให้ยาวันที่..... <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> D/C ได้หลังได้รับยาเคมีบำบัด <p>F/U OPD วันที่.....</p> <p>พร้อม lab</p> <p>.....</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Regular Diet <input type="checkbox"/> Low salt Diet <input type="checkbox"/> Diabetes Diet - Record V/S as usual <p>Medication</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Low bacterial diet (งดผักสดและผลไม้) <input type="checkbox"/> Ondansetron 8 mg IV prn 8 hr for breakthrough nausea/vomiting x 3 day <input type="checkbox"/> Lorazepam (1) 1 tab PO hs prn for insomnia <input type="checkbox"/> Dexamethasone 1 tab PO OD pc day..... <input type="checkbox"/> Senokot 2 tabs po hs prn for constipation <input type="checkbox"/> Loperamide 2 caps po stat and prn q 2 hr if diarrhea 	
Progress Note (3วันแรกและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง)				
วันที่...../...../.....เวลา.....น		วันที่...../...../.....เวลา.....น		
S&O:		S&O:		
.....			
A:.....		A:.....		
.....			
P:		P:		
.....			
แพทย์.....ว.....		แพทย์.....ว.....		
ชื่อผู้ป่วย	อายุ	ชื่อผู้ป่วย	อายุ	ชื่อผู้ป่วย
สิทธิ	เตียง/ห้อง	สิทธิ	เตียง/ห้อง	