

mFOLFOX6

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... Drug allergy.....

HN..... AN..... หอผู้ป่วย.....

สิทธิการรักษา O สปสช. O ประกันสังคม O สวัสดิการข้าราชการ O อื่นๆ.....

CBC: Hb.....g/dl WBC...../µl ANC...../µl Plt...../µl Hct.....%

mFolfox6 CHEMOTHERAPY

BW.....kg Ht.....cm BSAm² BSA=(BW x Ht/3600)¹/²

CYCLE ที่..... (14 days/cycle) วันที่ให้ยา.....

Premedication 30 min before chemotherapy

- Ondansetron 8 mg IV push (Day1)
- Dexamethasone 10 mg in NSS 50 ml IV drip free flow (Day1)
[] CPM 10 mg IV (ตั้งแต่ cycle 7 เป็นต้นไป เพื่อป้องกันการเกิด Hypersensitivity)

Chemotherapy

- Oxaliplatin.....mg (85 mg/m²) in D5W 250 ml IV drip in 2 hr (Day1)
(Flush IV line with D5W before oxaliplatin Infusion)
• Leucovorin.....mg (200 mg/m²) in D5W 250 ml IV drip in 2 hr (Day1) (เริ่มให้พร้อม Oxaliplatin)
• 5-FU.....mg (400 mg/m²) in NSS 100 ml IV drip in 10 min (Day1)
• 5-FU.....mg (1200 mg/m²) in NSS 1000 ml IV drip in 23 hr x 2 day (Day1 and Day 2)

Home Medication

- Ondansetron(4) 2 tab po ac OD day 2-3 #4
• Dexamethasone(4) 1 tab po pc OD day 2-3 #2
• Lorazepam (1) 1 tab PO hs prn for insomnia #10
• Metoclopramide(10) 1 tab po prn q 8 hr for nausea/vomiting #10
[] Senokot 2 tabs po hs prn for constipation #20
[] Loperamide 2 caps po stat and prn q 2 hr if diarrhea #20

Note : หลีกเลี่ยงของเย็น เพื่อป้องกัน cold hypersensitivity

ตั้งแต่ Cycle 7 เพิ่ม CPM เพื่อป้องกัน hypersensitivity

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>mFOLFOX6</p> <ul style="list-style-type: none"> - Admit ward..... - Lab <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 F/U OPD วันที่..... พร้อม lab..... 		<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) ● หลีกเลี่ยงการรับประทานหรือสัมผัสของเย็น <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 (3 วันแรกและทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง)

วันที่...../...../.....เวลา.....น	วันที่...../...../.....เวลา.....น
S&O:	S&O:
.....
A:	A:
.....
P:	P:
.....
แพทย์.....ว.....	แพทย์.....ว.....

ชื่อผู้ป่วย	อายุ	แพทย์	HN.	AN.
สิทธิ	เตียง/ห้อง	Ward	ID	