ABVD
KEMOTERAPİ ŞEMASI

Hasta Adı Soyadı :			**Protokol No :**	
Protokole Başlama Tarihi :			**Poliklinik No :**	
Kilo :	**Boy :**	**Vücut Yüzey Alanı :**	**Yasaklı Kol:** ☐**Sağ** ☐**Sol**	**Port :** ☐**Var** ☐**Yok**
Tanı :		**Evre:**	**Histoloji :**	
Alerji : ☐		**Diabet :** ☐	**Hipertansiyon:** ☐	**Süre : 1 - 2 saat**

TEDAVİ PLANI

Adjuvan : ☐	**Neoadjuvan :** ☐	**Palyatif :** ☐	**Eş zamanlı :** ☐	**Primer :** ☐

Protokol İlaçları	**Dozu /m²**	**Uygulama Günleri**	**Kür Aralığı**
Doksorubisin	25 mg /m²	1. gün ve 15. gün	28 gün
Bleomisin	10 mg /m²	1. gün ve 15. gün	28 gün
Vinblastin	6 mg /m²	1. gün ve 15. gün	28 gün
Dakarbazin	375 mg /m²	1. gün ve 15. gün	28 gün

ANTİNEOPLASTİK, ANTİEMETİK VE HİDRASYON İLAÇLARI

1. 100 cc izotonik NaCl içine 8 mg deksametazon konarak 10 dakikada iv verilecek, setten .... mg .....iv yapılacak.
2. 100 cc izotonik NaCl içine **doksorubisin** konarak 10 dakikada iv verilecek.
3. 250 cc izotonik NaCl ile damar yolu yıkanacak.
4. 50 cc izotonik NaCl içine **bleomisin** 3-5 dakikada iv verilecek
5. 50 cc izotonik NaCl içine **vinblastin** 3-5 dakikada iv yapılacak.
6. 100 cc izotonik NaCl ile damar yolu yıkanacak.
7. 500 cc izotonik NaCl içine **dakarbazin** konarak 1 saatte iv verilecek. (Işık korumalı infüzyon torbası ve seti kullanılır.)
8. 100 cc izotonik NaCl ile damar yolu yıkanır.

Hastanın Kullanacağı Destek Tedaviler

Granisetron tablet 1 mg 2 x 1 olarak yutulacak.

İLAÇLAR	**……. KÜR**	**……. KÜR**	**……. KÜR**	**……. KÜR**	**……. KÜR**	**……. KÜR**
Tarih						
Kilo / m²						
Doksorubisin						
Bleomisin						
Vinblastin						
Dakarbazin						
Destek Tedavi						
Hekim isim / kaşe / imza						
Eczacı	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hemşire	☐	☐	☐	☐	☐	☐