

**BORANG PESANAN
PERKHIDMATAN FARMASI ONKOLOGI
JABATAN FARMASI, HOSPITAL TAIPING**

Protokol:		Tarikh Kemoterapi:	
Nama:		Wad:	<i>Day Care: Yes / No (Please circle)</i>
No.K.P.:	Umur:	Jantina:	
Berat (kg):	Tinggi (cm):	BSA:	
Diagnosis:		Cycle / Day:	
Dose Modification: <i>Renal impairment / Liver impairment / Others (Please circle)</i> : _____ <i>(Please specify)</i>			

Anti-emetic/Pre-medication:

Cytotoxic Drug	Recommended dose* (mg/m ²)	Calculated dose	Volume and solution	Administration (IV infusion / bolus/IM/SC)	Frequency
<i>Cth: 5-Fluorouracil</i>	<i>600mg/m²</i>	<i>1020mg</i>	<i>500ml NS</i>	<i>IV infusion over 22 hours</i>	<i>Day 1-5</i>

* Based on normal renal and hepatic function

Remarks:

.....
Doctor's Signature & Chop

- Perhatian:** Borang Pesanan Perkhidmatan Farmasi Onkologi perlu dihantar dalam **3 salinan**.
- : Pesanan perkhidmatan rekonstitusi ubat sitotoksik selepas pukul **10.00am** tidak akan dilayan. Perkhidmatan rekonstitusi ubat sitotoksik hanya pada **hari bekerja** sahaja.
 - : Setiap kes baru mesti ditandatangani oleh Doktor Pakar.

UNTUK KEGUNAAN FARMASI SAHAJA:

Weight & Height Confirmation: _____ (Done by)		Tarikh Hantar Pesanan (Outsource)	Tarikh Pengambilan Ubat (Outsource)	
Latest Weight (kg)	Latest Height (cm)		Date 1	Date 2