wielkopolskie centrum onkologii

KARTA LECZENIA PACJENTA

Promieniowaniem jonizującym

Lekarz:

CLINAC ☐

AMBULATORIUM ☐
LUDWIKOWO ☐
HOTEL ☐
SZPITAL ☐
WÓZEK ☐

Nazwisko i imię pacjenta(ki) _____

Pesel _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ wiek _____

Telefon kontaktowy _____

Data rozpoczęcia leczenia ____/____/ _____

Rozpoznanie kliniczne _____

_____

Rozpoznanie histopatologiczne _____

_____

Rodzaj leczenia

3DCRT ☐
IMRT ☐

Liczba wiązek ☐

Godzina ☐

Uwagi dotyczące ułożenia pacjenta:

_____

_____

OBSZAR NAPROMIENIANIA:

PARAMETRY:

☐ głowa i szyja

☐

kolor i rodzaj podkładki (A-P, P-A)

☐ klatka piersiowa

☐

☐ sutek

☐

☐ miednica

☐

☐

☐

☐ **MATERAC**