

UWAGI:

Nazwisko i imię pacjenta(ki) _____

Pesel _____ wiek _____

Telefon kontaktowy _____

Data rozpoczęcia leczenia ____/____/____

Rozpoznanie kliniczne _____

Rozpoznanie histopatologiczne _____

Rodzaj leczenia	Liczba wiązek	<input type="text"/>	Godzina	<input type="text"/>
3DCRT <input type="checkbox"/>				
IMRT <input type="checkbox"/>				

Lekarz:

CLINAC

AMBULATORIUM

LUDWIKOWO

HOTEL

SZPITAL

WÓZEK

Uwagi dotycz¹ce u³ożenia pacjenta:

OBSZAR NAPROMIENIANIA:

PARAMETRY:

głowa i szyja



kolor i rodzaj podkładki (A-P, P-A)

klatka piersiowa



sutek



miednica



MATERAC