

OBSZAR NAPROMIENIANIA:

PARAMETRY:

☐ głowa i szyja



☐

kolor i rodzaj podkładki (A-P, P-A)

☐ klatka piersiowa



☐



☐ sutek



☐



☐ miednica



☐



☐

☐ MATERAC

UWAGI:

Nazwisko i imię pacjenta(ki) \_\_\_\_\_

Pesel \_\_\_\_\_ wiek \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rozpoznanie kliniczne \_\_\_\_\_

Rozpoznanie histopatologiczne \_\_\_\_\_

Rodzaj leczenia

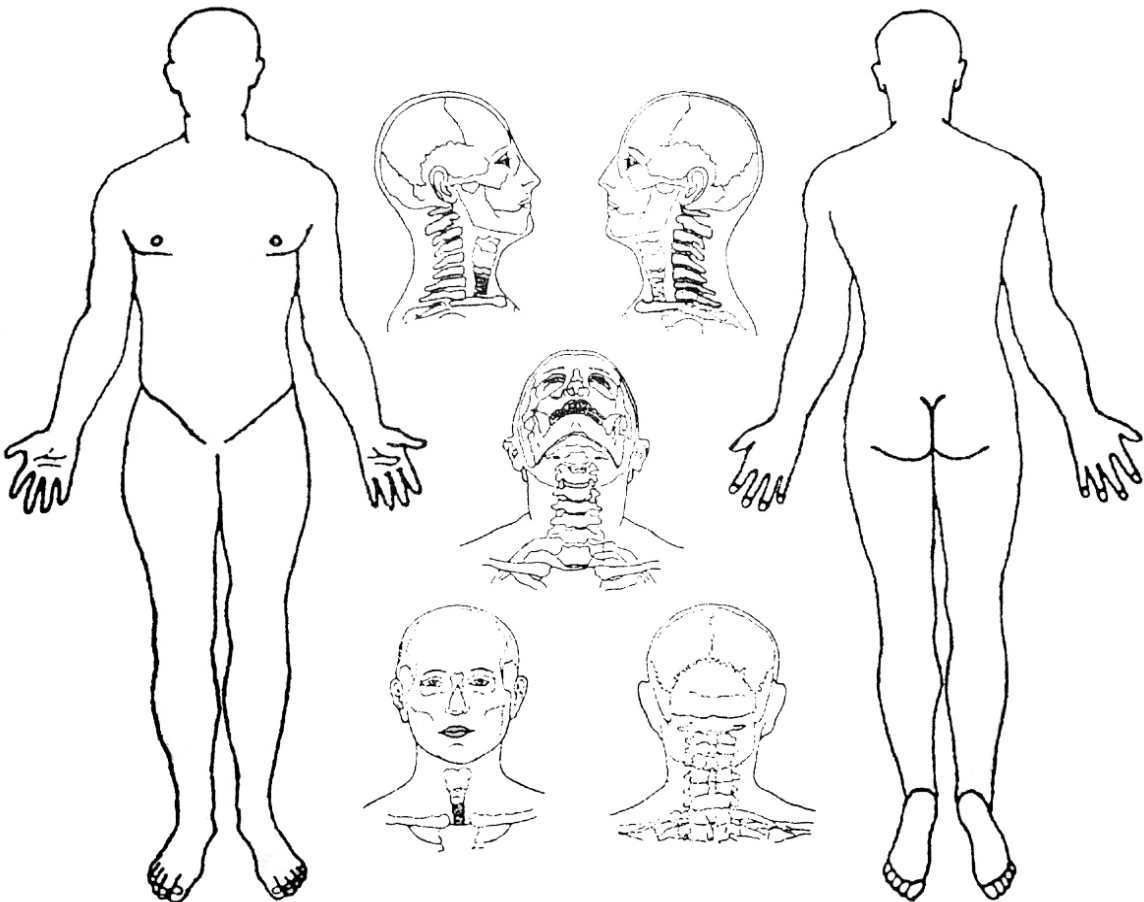
Liczba wiązek

Godzina

radikalne ☐

paliatywne ☐

Uwagi dotyczące ułożenia pacjenta:



Lekarz:

CLINAC

THERATRON

AMBULATORIUM

LUDWIKOWO

HOTEL

SZPITAL

WÓZEK