

UWAGI:

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

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

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

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

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

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

Rodzaj leczenia

- SPIRALNA   
KIERUNKOWA

Godzina

Lekarz:

TOMOTERAPIA

AMBULATORIUM

LUDWIKOWO

HOTEL

SZPITAL

WÓZEK

Uwagi dotyczące ułożenia pacjenta:

OBSZAR NAPROMIENIANIA:

PARAMETRY:

głowa i szyja



kolor i rodzaj podkładki (A-P, P-A)

klatka piersiowa



sutek



miednica



MATERAC