



адрес: ул. „Васил Априлов“ 63, тел: 054/800 832, факс: 054/800 313, e-mail: office@oncocenter.org

КЛИНИКА ПО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ

ЛИСТ ЗА ПЕРКУТАННО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ №

ИЗ № Локализация МКБ

Име: ЕГН: години:

Адрес:

Диагноза:

..... Т Н М стадий:

Хистология:

ПРЕДШЕСТВАЩО ЛЪЧЕЛЕНИЕ:

месец	година	Облъчвана област	Вид лечение	ДОД	ООД	дни

Лечебна програма: цел на лечението

Третирана зона:

Фази (етапи) на М:

СХЕМИ:

АНАТОМО-ТОПОГРАФСКИ ПЛАН №

Анатомо-топографски срез

Позициониране и имобилизация:

Енергия и вид лъчение:

ПМО 1

Н: см

ПМО 2

Н: см

ООД Gy

ДОД Gy

ООД Gy

ДОД Gy

РЕШЕНИЕ НА ДОЗИМЕТРИЧНОТО
ПЛАНИРАНЕ

Критични органи	Допустима доза Gy	Максимално планирана доза Gy	Измерена доза Gy

Дата: Лекар: Подпис:

ДОЗИМЕТРИЧЕН ПЛАН №

ПМО 1

Н: см

ПМО 2

Н: см

ООД Gy

ДОД Gy

ООД Gy

ДОД Gy

(..... %) за дни

(..... %) за дни

Ритъм:

Ритъм:

Поле №									
Аплицирана									
Апарат									
Лъчение									
Качество									
Блок									
Клин									
РИП / РИЦ									
Размер поле									
Ротация									
Конвергенция									
Бленда									
Време / МЕ									

Дата: Физик:

/подпис/

Проверил:

/подпис/

- Входни полета:

[illegible]

поле №	1	2	3	4	5	6	ПМО 1	ПМО 1	ПМО 2	ПМО 2	Подпис
дата	t/ME	t/ME	t/ME	t/ME	t/ME	t/ME	Планирана доза	Реализирана доза	Планирана доза	Реализирана доза	
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											

ТЕКУЩ КОНТРОЛ НА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО

Дата	Вх. точки (област на облъчване)	Позициониране имобилизация	Проверка на лъч. сноп	Проверка параметрите на облъчване	Име	Подпис