

DATOS GENERALES DEL PACIENTE					
Nombre y Apellido:		Imagen			
ID (DNI):					
Diagnóstico:					
Tratamiento Previo:					
X Braquiterapia (cGy)	Total	Recto	Vejiga		
X Teleterapia (cGy)	Total	Recto	Vejiga		
Firma Médico:	*****	13/04/2020			
PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO					
Unidad de Tratamiento		Aplicador Utilizado	*****		
Dosis/Fracción (cGy):	*****	Puntos de Prescripción:	****		
Fracciones:	*****	Simulación:	**	**	
Dosis Total (cGy):	*****				
Sedación:	*****				
Firma Médico:	*****	13/04/2020			
APLICADOR FLETCHER					
	1	2	3	4	5
Histerometría (cm)					
Angulo de Sonda Uterina (grados))	**	**	**	**	**
Tamaño de los Ovoides (mm)	**	**	**	**	**
Blindaje	**	**	**	**	**
Longitud Activa Sonda Uterina (cm)	**	**	**	**	**
Longitud Activa Ovoides (cm)					
APLICADOR CILINDRICO					
	1	2	3	4	5
Diámetro Cilindros (cm)	**	**	**	**	**
Longitud de Cilindros (cm)	**	**	**	**	**
Longitud Sonda Uterina (cm)	**	**	**	**	**
Longitud Activa (cm)	**	**	**	**	**
REGISTRO DE TRATAMIENTO					
	1	2	3	4	5
Fecha	***	***	***	***	***
Dosis Prescripta por Fracción (cGy)	**	**	**	**	**
Int. de Kerma en Aire (cGy.cm2/h)	**	**	**	**	**
Tiempo de Irradiación (s)	**	**	**	**	**
Dosis Vejiga (cGy)	**	**	**	**	**
Dosis Recto (cGy)	**	**	**	**	**
Firma Físico	**	**	**	**	**
Firma Médico	**	**	**	**	**
OBSERVACIONES:					