

DATOS GENERALES DEL PACIENTE					
Nombre y Apellido:					
ID (DNI):					
Diagnóstico:					
Tratamiento Previo:					
Braquiterapia (cGy)					
Teleterapia (cGy)					
<input type="checkbox"/> Firma Médico:					
PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO					
Unidad de Tratamiento		Aplicador Utilizado			
Dosis/Fracción (cGy):		Puntos de Prescripción:			
Fracciones:		Simulación:			
Dosis Total (cGy):		RX	US	CT	RM
Sedación:					
<input type="checkbox"/> Firma Médico:					
APLICADOR FLETCHER					
Histerometría (cm)					
Angulo de Sonda Uterina (grados))					
Tamaño de los Ovoides (mm)					
Blindaje					
Longitud Activa Sonda Uterina (cm)					
Longitud Activa Ovoides (cm)					
APLICADOR CILINDRICO					
Diámetro Cilindros (cm)					
Longitud de Cilindros (cm)					
Longitud Sonda Uterina (cm)					
Longitud Activa (cm)					
REGISTRO DE TRATAMIENTO					
Dosis Prescripta por Fracción (cGy)					
Int. de Kerma en Aire (cGy.cm2/h)					
Tiempo de Irradiación (s)					
Dosis Vejiga (cGy)					
Dosis Recto (cGy)					
<input type="checkbox"/> Firma Médico					
OBSERVACIONES:					