

**DATOS GENERALES DEL PACIENTE**

Nombre y Apellido:

ID (DNI):

Diagnóstico:

Tratamiento Previo:

Braquiterapia (cGy) PTV  Recto  Vejiga Teleterapia (cGy) PTV  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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Angulo de Sonda Uterina (grados))	**	**	**	**	**
Tamaño de los Ovoides (mm)	**	**	**	**	**
Blindaje	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Longitud Activa Sonda Uterina (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Longitud Activa Ovoides (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**APLICADOR CILINDRICO**

	1	2	3	4	5
Diámetro Cilindros (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Longitud de Cilindros (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Longitud Sonda Uterina (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Longitud Activa (cm)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**REGISTRO DE TRATAMIENTO**

	1	2	3	4	5
Fecha	***	***	***	***	***
Dosis Prescripta por Fracción (cGy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Int. de Kerma en Aire (cGy.cm2/h)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiempo de Irradiación (s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosis Vejiga (cGy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dosis Recto (cGy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma Físico	**	**	**	**	**
Firma Médico	**	**	**	**	**

**OBSERVACIONES:**