

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre y Apellido:

ID (DNI):

Diagnóstico:

myB-
uton

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: