|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS GENERALES DEL PACIENTE** | | | | | | | | |
| **Nombre y Apellido:** | | | | | |  | | |
| **ID (DNI):** | | | | | |
| **Diagnóstico:** | | | | | |
| **Unidad de Tratamiento:** FLEXITRON Co-60 | | | | | |
| **Tratamiento**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Solo Braquiterapia** |  |  |  |  | | **Teleterapia:** | **Dosis** (cGy)**:** |  |  |  | |  | **Recto** (cGy)**:** |  | **Vejiga** (cGy)**:** |  | | | | | | |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO: SI  NO** | | | | | | | | |
| **PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO** | | | | | | | | |
| **Dosis/fracción** (cGy)**:** | **Punto de Prescripción**   |  |  | | --- | --- | | **Aplicador Completo (Puntos A)** | | | **Cilindro y solo Ovoides** | | |  | **Superficie** | |  | **Distancia 0.5 cm** | | | | |  | | | |
| **N° fracciones:** |
| **Dosis Total** (cGy)**:** |
| **Sedación: SI  NO** |
| **Firma:**  **Fecha:** |
| **APLICADOR FLETCHER** | | | | | | | | |
| **Fracción** | | **1** | **2** | **3** | | | **4** | **5** |
| Histerometría (cm) | |  |  |  | | |  |  |
| Ángulo de la sonda uterina (grados) | |  |  |  | | |  |  |
| Tamaño de los ovoides (mm) | |  |  |  | | |  |  |
| Blindaje | |  |  |  | | |  |  |
| Longitud activa sonda uterina (cm) | |  |  |  | | |  |  |
| Longitud activa ovoides (cm) | |  |  |  | | |  |  |
| **APLICADOR CILINDRO** | | | | | | | | |
| **Fracción** | | **1** | **2** | **3** | | | **4** | **5** | |
| Diámetro cilindros (cm) | |  |  |  | | |  |  | |
| Cantidad de cilindros (cm) | |  |  |  | | |  |  | |
| Longitud sonda uterina (cm) | |  |  |  | | |  |  | |
| Longitud activa (cm) | |  |  |  | | |  |  | |
| **SIMULACIÓN** | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **RX** | **TC** | **RMN** | **US** | | | | | | | | | |
| **REGISTRO DE TRATAMIENTO** | | | | | | | | |
| **Fracción** | | **1** | **2** | **3** | | | **4** | **5** | |
| Dosis Prescripta por fracción (cGy) | |  |  |  | | |  |  | |
| Int. de Kerma en aire (cGy.cm2/h) | |  |  |  | | |  |  | |
| Tiempo de irradiación total (s) | |  |  |  | | |  |  | |
| Dosis Vejiga (cGy) | |  |  |  | | |  |  | |
| Dosis Recto (cGy) | |  |  |  | | |  |  | |
| Firma del Físico (conformidad) | |  |  |  | | |  |  | |
| Firma del Médico (conformidad) | |  |  |  | | |  |  | |
| **OBSERVACIONES** | | | | | | | | |