

عکس بیمار	شماره پرونده: .....
	: ID Pace .....
	پزشک معالج: .....

تلفن ثابت: .....
تلفن همراه: .....
تاریخ پذیرش: .....
تاریخ تکمیل کارت: .....

لوگوی مرکز درمانی
-------------------



Treatment Machine:				نام و نام خانوادگی: .....			
RT technique: <input type="checkbox"/> IMRT sequential <input type="checkbox"/> VMAT sequential <input type="checkbox"/> IMRT SIB <input type="checkbox"/> VMAT SIB				سن: .....			
				کدملی: .....			
				بیمه پایه: .....			
				بیمه تکمیلی: .....			
Total dose/Fr	Phase 1: Dose/Fr	Phase 2: Dose/Fr	Phase 3: Dose/Fr	تشخیص: .....			
				Stage: .....			
				supine/prone پوزیشن بیمار: .....			
				تجهیزات و Accessory بیمار: .....			
Verification method:	<input type="checkbox"/> EPID	<input type="checkbox"/> Kv-CT	<input type="checkbox"/> Mv-CT	Sessions EPID .....			
				Sessions KvCT .....			
				Sessions MVCT .....			

Concurrent chemotherapy: IN .....	Fraction of Radiotherapy ( ..... days of Week)
Bolus: yes/no	Thickness: .....
	Fraction: .....

Aim of radiotherapy: <input type="checkbox"/> Radical <input type="checkbox"/> Palliation <input type="checkbox"/> Prophylactic <input type="checkbox"/> Reirradiation <input type="checkbox"/> Neoadjuvant <input type="checkbox"/> Adjuvant
---

Field number	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Description									
Energy									
Field dose									
Fraction									

Plan approval date	physician signature	physicist 1 signature	physicist 2 signature	PSQA

تاریخ	Weekly assessment	مهر و امضا پزشک



Session number	Date	Physicist	RTT	Verification modality			X(Left/Right) (mm)	Y(Sup/Inf) (mm)	Z(Ant/Post) (mm)	comment
				EPID	KV-CT	MV-CT				
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										

comment:

