

**Αριθμός εξετάσεων σε ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ : έτος .....**
**Επωνυμία Εργαστηρίου .....**

ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΗΣΗ	Αριθμός ασθενών		Ημερησίως <sup>(1)</sup>		Σχεδιασμός <sup>(2)</sup>			
	Ριζική Radical	Παρηγορική Palliative	2 πεδία	> 2 πεδία	2D	3D	IMRT	Χωρίς πλάνο
Εγκέφαλος			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Κεφαλή & Τράχηλος			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Πνεύμονας			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Μαστός			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Στομάχι-Πάγκρεας			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Έντερο - Ορθό			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Ουροδόχος κύστη			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Προστάτης			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Γυναικολογικά (ενδομήτριο, τράχηλος)			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Σαρκώματα			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Οστά			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Δέρμα			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Λεμφώματα			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>
Ολοσωματική (ΤΒΙ)			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>

<sup>(1)</sup> : Πεδία ανά ασθενή <sup>(1, 2)</sup> : Σημειώνεται η συνηθέστερη εφαρμοζόμενη περίπτωση και όπου εφαρμόζεται

ΒΡΑΧΥΘΕΡΑΠΕΙΑ	Προστάτη (ενδοϊστικά) Εμφυτεύματα I-125	Γυναικολογικά (ενδοκοιλωτικά) Ενδομήτριο / τράχηλος	Άλλα :
Αριθμός Ασθενών			
Πλάνο θεραπείας	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>



E TAE 06

EΚΔ01/ΑΝΑΘ00