

Αριθμός εξετάσεων σε ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ : έτος
Επωνυμία Εργαστηρίου

ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΗΣΗ	Αριθμός ασθενών		Ημερησίως ⁽¹⁾		Σχεδιασμός ⁽²⁾			
	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 (TBI)			Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>	Ναι <input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ : Πεδία ανά ασθενή ^(1,2) : 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"/>