

**TRATAMENTO ONCOLÓGICO / RADIOTERAPIA (RXT)**

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ CÓD.: CABESP: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO E ANATOMO PATOLÓGICO:** \_\_\_\_\_

**RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES:**

- LABORATORIAIS: \_\_\_\_\_

- IMAGEM: \_\_\_\_\_

**ESTADIAMENTO:** \_\_\_\_\_

**TRATAMENTOS PRÉVIOS:**

- CIRURGIA: \_\_\_\_\_

- QUIMIOTERAPIA: \_\_\_\_\_

- RADIOTERAPIA: \_\_\_\_\_

**TRATAMENTO PROPOSTO:**

DOSE TOTAL cGy: \_\_\_\_\_ DIÁRIA cGy: \_\_\_\_\_ N.º CAMPOS POR DIA: \_\_\_\_\_

PERÍODO APROXIMADO DE RXT: \_\_\_\_\_ DIAS. N.º TOTAL DE APLICAÇÕES: \_\_\_\_\_

**TIPO DE TRATAMENTO:**

RXT CONVENCIONAL ( ) ACELERADOR LINEAR ( ) COBALTO ( )

BRAQUITERAPIA ( ) BAIXA TAXA DE DOSE ( ) ALTA TAXA DE DOSE ( )

RXT ESTEREOTÁXICA ( ) CIRURGIA ESTEREOTÁXICA ( )

**AMBULATORIAL: SIM ( ) NÃO ( ) INSTITUIÇÃO:** \_\_\_\_\_

**OUTRAS INFORMAÇÕES:** \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO