



İÜ ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ RT AKIŞ FORMU

Hasta Adı-Soyadı:	Protokol No:	Tanı:			
Tedavi Cihazı:	**Tedavi Randevu Tarihi (H):	BT Çekim Tarihi (A): * Konvansiyonel Simülasyon Tarihi (A):			
Kontrollamanın Tamamlandığı Tarih(B):	Asistan Dr:				
	Uzman Dr:				
	Öğretim Üyesi:				
BT'nin Tedavi Planlamaya Gönderildiği Tarih (C):	Asistan Dr:				
	Uzman Dr:				
	Uzman Radyolog:				
	Sağlık Fizikçisi:				
* Planlamanın Tamamlandığı Tarih (D):	Planı Hazırlayan Sağlık Fizikçisi:				
	S. Fizik Uzmanı:				
Doktor Onay Tarihi (E):	Uzman Dr:				
	Öğretim Üyesi:				
Tedaviye Başlama Tarihi (F):	Tedavi Bitiş Tarihi (G):				
Tedaviye Ara Verildi İse:	Ara Verilen Toplam:	Ara Verilme Nedeni:			
	Gün Sayısı:....	Tıbbi Neden:	Teknolojik Neden:	Tıbbi + Teknolojik Neden:	Kişisel Neden
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Konvansiyonel Tedavide A, D, F, G satırlarını doldurunuz

** Bu tarih doldurulmadığı sürece tedavi planlaması yapılmıyacaktır.

OE-RT-PR-001/FR-002

Rev No:00