	NOMBRE PLAN DE TRATAMIENTO PACIENTE ONCOLÓGICO		CÓDIGO 05-1-FT-006
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 001

Información General

Fecha: _____ Fecha de simulación: _____
 Apellidos y nombre: _____ ID: _____
 Edad: _____ Sexo: M F Teléfono: _____ Entidad: _____
 Médico tratamiento: _____



Información Diagnóstica

Diagnóstico: _____ CODIGO CIE10: _____
 Intención: C P Estadificación: T N M
 Histología: _____

Radioterapia o Quimioterapia Previa


Radioterapia previa	SI	NO	Sitio: _____ Dosis (Gy): _____
Re-irradiación	SI	NO	
Quimioterapia previa	SI	NO	Concomitante <input type="checkbox"/> Adyudante <input type="checkbox"/> Neoadyudante <input type="checkbox"/>
Protocolo	SI	NO	Fecha: _____ Hemograma: _____


Prescripción de Tratamiento

Técnica de tratamiento: Conv - 3DCRT – IMRT – VMAT – SRS – SBRT			Fraccionamiento: Conv <input type="checkbox"/> Hipo <input type="checkbox"/> Radiocirugía <input type="checkbox"/>		
			Otros: _____		
CTV/PTV	Sitio	Técnica	N° Fx	Dosis (Fx) cGy	Dosis Total cGy

Órganos a Riesgo	Constraints

Notas	Esquemas de tratamiento


	NOMBRE PLAN DE TRATAMIENTO PACIENTE ONCOLÓGICO		CÓDIGO 05-1-FT-006
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 001

Delimitación de volúmenes: Firma: _____ Fecha: _____	
--------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Simulación	
Fecha de simulación: _____	Tecnólogo responsable: _____
Nombre del paciente: _____	ID: _____ EPS: _____
Corte de Referencia: _____	Total de imágenes: _____ Sitio anatómico: _____
Simulación <input type="checkbox"/>	Re-simulación <input type="checkbox"/>

Inmovilización					
Plano inclinado: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cabeza rotada IZQ <input type="checkbox"/> DER <input type="checkbox"/>	Mama IZQ <input type="checkbox"/> DER <input type="checkbox"/>	Cabeza:	Ang. Plano	Cabeza #
			Brazos:	Ang. Brazo	Brazo Alt
Máscara Termoplástica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CAB <input type="checkbox"/> C&C <input type="checkbox"/>		Kit Head Fix <input type="checkbox"/>	Kit Body Fix <input type="checkbox"/>	Retractor de hombros <input type="checkbox"/>	Soporte de cuello <input type="checkbox"/>
Almohada <input type="checkbox"/>	Pedio <input type="checkbox"/>	Popliteo <input type="checkbox"/>	Timo <input type="checkbox"/>	Inmovilizador pies <input type="checkbox"/>	Mascara indexada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> SRS
Blue bag cabeza <input type="checkbox"/>	Blue bag Cabeza y hombros <input type="checkbox"/>		Blue bag Tórax <input type="checkbox"/>	Blue bag cuerpo <input type="checkbox"/>	
			Cubierta de plástico <input type="checkbox"/>	Cubierta de plástico <input type="checkbox"/>	


Posicionamiento			
Postura anatómica	Posición de los brazos	Orientación	Otros
Decúbito supino <input type="checkbox"/>	Arriba de la cabeza <input type="checkbox"/>	Cabeza Gantry <input type="checkbox"/> Pies Gantry <input type="checkbox"/>	Cuello hiperextensión <input type="checkbox"/> Depresor Lingual <input type="checkbox"/>
Decúbito prono <input type="checkbox"/>	Sobre el pecho <input type="checkbox"/>		
Medio lateral derecho <input type="checkbox"/>	A lo largo del cuerpo <input type="checkbox"/>		
Medio Lateral Izquierdo <input type="checkbox"/>	En jarra <input type="checkbox"/>		
Extremidad Flexionada <input type="checkbox"/>	Otro: _____		
Observaciones:			

	NOMBRE				CÓDIGO
	PLAN DE TRATAMIENTO PACIENTE ONCOLÓGICO				05-1-FT-006
	TIPO DE DOCUMENTO		PROCESO		VERSIÓN 001
	FORMATO		MISIONAL		

Nombre del campo																		
UM																		
Energía																		
Target																		
Aplicador																		
Dosis por campo																		
Accesorios																		
SSD																		
Camilla																		
Colimador																		
Gantry																		
MLC / Cerroben / Bolus	M	C	B	M	C	B	M	C	B	M	C	B	M	C	B	M	C	B
Planeación de Tratamiento																		
Firma: _____ Fecha: _____																		


Análisis de Tratamiento		SI	NA
1	Revisión de prescripción de dosis PTV y técnica de tratamiento con cuadro e historia clínica		
2	Técnica de tratamiento		
3	Revisión de cursos anteriores		
4	Revisión de PTV, OAR y body coherentes con cuadro de tratamiento		
5	Origen de coordenadas en fiducias adecuadas		
6	Camilla de tratamiento		
7	Caja de cálculo adecuada		
8	Libertad de rotación de gantry sobre la camilla		
9	Campos de posicionamiento		
10	DRR ventana adecuada de visualización		
11	Revisión de UM y campos de tratamiento		
12	Control de calidad paciente específico		

Análisis de histograma Dosis-Volumen	
Parámetros de evaluación: Órganos críticos y dosis permitidas, zonas calientes adecuadas, PTV sin zonas frías, V95, V100, V107, volumen irradiado (cm), diferencia de dosis (%); índice de conformidad, índice de homogeneidad (%)	
13	

	NOMBRE		CÓDIGO
	PLAN DE TRATAMIENTO PACIENTE ONCOLÓGICO		05-1-FT-006
	TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO	VERSIÓN 001
	FORMATO	MISIONAL	

QA Paciente específico			
Técnica de tratamiento	Método usado	Observaciones	
3DCRT <input type="checkbox"/> IMRT o VMAT <input type="checkbox"/> SRS <input type="checkbox"/> SBRT <input type="checkbox"/>	ArcCHECK <input type="checkbox"/> DoseCHECK <input type="checkbox"/> SunCHECK <input type="checkbox"/> Dosimetría a punto <input type="checkbox"/>		Fecha: _____ Firma F.M: _____ Firma M.R: _____
Observaciones:			

Inicio de Tratamiento			
Fecha de inicio: _____	Verificación posicionamiento <input type="checkbox"/>		Sesiones programadas <input type="checkbox"/>
	Reporte impreso <input type="checkbox"/>		Consentimiento informado <input type="checkbox"/>
Firma M. O: _____ Firma F.M: _____ Firma Tec: _____			

	NOMBRE PLAN DE TRATAMIENTO PACIENTE ONCOLÓGICO		CÓDIGO 05-1-FT-006
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 001

N°	Fecha D/M/A	Dosis x Sesión	Dosis Acumulada	Nota	Imágenes						Firma Tecnólogo	
					Firma M.O /F.M	Traslacional			Rotacional			
						X	Y	Z	X	Y		Z
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												

Observaciones: