

Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

[illegible]

КАРТА

1. Номер медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого _____		3. Вік _____ (кількість років)	
2. Прізвище, ім'я, по батькові хворого _____			
4. Місце проживання хворого _____			
5. Дата надходження у відділення (кабінет) _____ (число, місяць, рік)		6. Дата початку променевого лікування _____ (число, місяць, рік)	
7. Діагноз захворювання _____			
8. Анамнез захворювання _____			
9. Попереднє лікування _____ Чи лікувався раніше методом променевої терапії: так, ні (підкреслити). Коли _____, де _____ Метод лікування _____ (місяць, рік) Дози _____			
10. Місцевий статус _____			
11. Дані лабораторних досліджень _____			

План променевого лікування

[illegible]

[illegible]

Результати лікування:	

Сумарні дози в точках і областях обліку

Первинний ефект лікування: одужання, покращення, без змін, погіршення, смерть (необхідне підкреслити).

Променеві реакції:	

«_____» _____ 20_____ року

Лікуючий лікар

_____ (прізвище, підпис)

Завідувач відділення _____

(прізвище, підпис)

Протокол дистанційного променевого лікування

Дата	Найменування апарата	Область опромінення	Найменування і номер поля	Номер сеансу для зазначеного поля	Розмір поля	ВДП або ВДВ	Потужність дози на поверхні шкіри	Фільтр (Al, Cu)	Формуючі пристрої	Кут нахилу або коливання джерела	Тривалість опромінення	Доза на поверхні шкіри	Дози осередкові в точках обліку			Прізвище, підпис лікаря
													точка Вл	точка Впр	точка А	
Сумарна доза опромінення за курс лікування:																

[illegible]