

STRÅLBEHANDLING – Svenska Hypofysregistret

Sjukhus/klinik _____	Personnummer _____
Läkare _____	Namn _____

Beslutsdatum för strålbehandling _____ Planerad behandling ej utförd (blankett klar att skicka in)

Om fördröjning av behandling, ange anledning:

- Självvald väntan
 Medicinsk orsak
 Annan orsak, specificera: _____

Strålbehandling, intention

- Adjuvant, tillägg till operation
 Kurativ, ingen operation
 Recidiv/tillväxt

Behandlingsteknik alla stråldoser skall rapporteras i Gray (fysikalisk dos)

- 3D konform. teknik
 IMRT
 Gammakniv
 Protonstrålning
 Annan, vilken: _____

Ordinerad total stråldos _____ Gy

Fraktionsdos _____ Gy

Antal fraktioner _____ Gy

GTV volym _____ cm³ Uppgift saknas

PTV volym _____ cm³ Uppgift saknas

Datum för första strålfraction _____

Datum för sista strålfraction _____

Total behandlingstid, dagar _____

Dos till riskorgan (fylls ej i vid Gammakniv)

	Medeldos (Gy)	Mediandos (Gy)	Maxdos (Gy)	
N. opticus dxt	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
N. opticus sin	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Chiasma	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Hjärnstam	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas
Temporallob	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Uppgift saknas