

<b>Sjukhus, klinik</b> .....	<b>Personnr</b>
<b>Läkare</b> .....	<b>Namn</b>
Insändes till resp Regionalt cancercentrum (kopia kan behållas i journal)	<i>Insändes till</i> Regionalt cancercentrum

**Inrapporteringsdatum** ..... år-mån-dag

**Startdatum** .....

**Slutdatum** .....

Behandlingen slutförd enligt planering  Nej ↓  Ja

Om nej, orsak  Biverkningar  
 Patientens önskemål  
 Nedsatt allmäntillstånd  
 Annan orsak .....

**Strålteknik**  3D-DT  
 IMRT (inkluderar VMAT, tomoterapi)  
 Annan .....

**Bestrålning mot**

Primärtumör  Nej  Ja, totaldos ..... Gy, antal fraktioner .....

Lymfkörtelmetastaser  Nej  Ja, totaldos ..... Gy, antal fraktioner .....

Adjuvanta lymfkörtlar  Nej  Ja, totaldos ..... Gy, antal fraktioner .....

Skelettmastaser  Nej  Ja, totaldos ..... Gy, antal fraktioner .....

Annat  Nej  Ja, totaldos ..... Gy, antal fraktioner .....

Ange, vad .....