RAPPORT DE FIN DE CURE DE RADIOTHERAPIE

REFERENCE PEC :	
BENEFICIAIRE	
Nom et prénom :	Matricule :
MEDECIN RADIOTHERAPEUTE	
Nom et prénom :	Code conv. :
ETABLISSEMENT	
Nom de l'établissement :	Code conv. :

TYPE ET LOCALISATION DE LA LESION :

RADIOTHERAPIE REALISEE

- Type de radiothérapie :
- Date de début de la préparation du malade : / /
- Date de la 1ère séance : / / date de la dernière séance : / /
- Dose totale reçue par le malade :
- Dose par séance :
- Nombre des séances réalisées :

EVOLUTION SOUS TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE :

INDICATION DE PROLONGATION DU TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE

- NON : ☐
- OUI : ☐ Motif :

SI ARRET DU TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE

- Motif d'arrêt du traitement :

Date du rapport : / /

Signature / Cachet du médecin radiothérapeute