

Delbryst vs helbryst

Navn – CPR.nr.	Sygehus, afd.
----------------	---------------

Øverste del (planlægning) af skemaet udfyldes inden behandling i protokollen.
 Nederste del (strålebehandling) udfyldes i stedet for konventionelt DBCG strålebehandlingsskema.
 Såfremt der er afvigelse fra planlagte behandling markeres dette, og afvigelser anføres i de respektive felter.

Strålebehandling, planlægning

<input type="checkbox"/> Helbryst	<input type="checkbox"/> Højre	CTV-mamma	Planlagt	Afvigelse		
<input type="checkbox"/> Delbryst	<input type="checkbox"/> Venstre					
	Planlagt	Afvigelse	Dækning, min (%)	ICRU: 95%		
Total dosis (Gy)			Dækket <95% (% af CTV)			
Fraktioner			Dækning, max (%)	ICRU:105%		
Gating	ja=1, nej=0, uoplyst = 9		>105% men ≤110% (ml)	Skal <2 ml		

Hjerte, V17	(Max 5% af hjertet må få ≥35 Gy, max 10% må få ≥17 Gy)		
Hjerte, V35			
LADCA max dosis (Gy)			
Ipsilateral lunge, V17	(Max 25% af ipsilat lunge må få ≥17 Gy)		
CTV mamma delbryst (ml)	Begge udfyldes uanset randomiseringsarm		
CTV mamma helbryst (ml)			
CTV mamma partiel V40 (%) (hvis partiel plan)	Bør være max 50%		

Biobank	Skemaet vedr. planlægning udfyldt af:							
Hudbiopsi	ja=1, nej=0	Navn: _____ (BLOKBOGSTAVER)						
Blodprøve	ja=1, nej=0							
		Sign.: _____						
		Dato <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ddmmyy						

Strålebehandling							
Type	<input type="checkbox"/> Helbryst <input type="checkbox"/> Delbryst						
Afvigelser fra den planlagte behandling	ja=1, nej=0						
Dato første strålebehandling	Navn: _____ (BLOKBOGSTAVER)						
	Sign.: _____						
Dato sidste strålebehandling	Dato <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ddmmyy						