

## SCHEDA DI ADESIONE AL PROTOCOLLO IRMA

ISTITUZIONE : .....

A.S.L.                       A.O.                       Università                       Altro ( specificare):.....

Indirizzo : .....

N° Tel. : ..... Fax : ..... e-mail : .....

### INFORMAZIONI GENERALI SUL CENTRO

N° medio di pazienti trattati/die

N° giorni di apertura del centro/ sett.:

N° di Acceleratori :                       Energie di fotoni disponibili : .....

Esiste un Acceleratore di backup ? :  SI    NO

Pianificazione con:    SIM convenzionale                       TC dedicata                       TC-SIM

TPS : N° di TPS    Nomi commerciali: .....

Trasferimento dati :    Rete                       CD                       DVD

Import DICOMRT:  SI    NO                      Export DICOMRT:  SI    NO

Simulazione:  SIM convenzionale                       Simulazione virtuale

TPS utilizzato per il protocollo ( nome commerciale):.....

### UNITA' DI TERAPIA

Unita di terapia utilizzata per il Protocollo : .....

Energia Fotoni : ..... Energia Elettroni : .....

MLC                       coll. Asimmetrici                       Filtri dinamici                       Altro:.....

PF                       EPID

Protocollo calibrazione : .....

SAD  cm

### CRITERI DI PARTECIPAZIONE E INCLUSIONE PAZIENTI

Numero di pazienti reclutabili / anno:

- Inclusionione pazienti :    Solo pazienti N0                       Pazienti N0 e N1

- RTT convenzionale:    Senza Boost                       Con Boost (10-16Gy)

SPERIMENTATORI REFERENTI : .....

SPERIMENTATORE RESPONSABILE:.....

**DATA:** ...../...../.....

Inviare la scheda via FAX al: 059-4223235 (porre all'attenzione del Dott. D'Amico)

Per chiarimenti chiamare: 059-4223865