**RIZIV Nr dossier : ………………………………………………**

**Gegevens verwijzend centrum radiotherapie**

Instituut -Ziekenhuis : **………………………………………………**

Adres : **………………………………………………**

Postcode - Gemeente : **……………………………………………**

Telefoon : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

Radiotherapeut : **………………………………………………**

**Gegevens patiënt**

Voornaam : **………………………………………………**

Naam : **………………………………………………**

Geslacht : **………………………………………………**

Geboortedatum : **……………………………………………....**

Adres : **………………………………………………**

Postcode - Gemeente : **……………………………………………**

Telefoon : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

Contactpersoon : **………………………………………………**

(als verschillend van patiënt)

INSZ nummer patiënt : **………………………………………………**

**Verzekeringsinstelling (mutualiteit) patiënt : …………………**

E-mail : **………………………………………………**

**Hadrontherapie Centrum (behandelend)**

Instituut : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

Contactpersoon : **………………………………………………**

**Medische Informatie patiënt**

**1. Te behandelen aandoening** (Type / localisatie tumor ….) : **………………………………**

**Incidentiedatum** : **……………………………………………………………………………..**

**Primaire tumor of recidief? …………………………………………………………………**

**Kinderen ( < 20 jaar) (cfr. gepubliceerde lijst website RIZIV)**

* Chordoma van de schedelbasis, (paras)pinaal
* Chondrosarcoma van de schedelbasis
* “adult soft tissue” sarcoma , (para)spinaal
* Sarcoma van het bekken
* Rhabdomyosarcoma
* Ewing's sarcoma
* Retinoblastoma
* “Low-grade” glioma
* Ependymoma
* Craniopharyngeoma
* Parenchymale tumoren van de pijnappelklier
* Esthesioneuroblastoma
* Medulloblastoma / primitieve neuroectodermale tumoren (PNET)
* Kiemceltumoren van het centraal zenuwstelsel
* ATRT (atypical teratoid rhabdoid tumor)
* Osteosarcoom (niet-reseceerbaar, niet-gemetastaseerd)
* Primaire tumoren van het centraal zenuwstelsel waarbij een craniospinale-as bestraling noodzakelijk is, met curatief opzet
* Meningioma

**Volwassenen (cfr. gepubliceerde lijst website RIZIV)**

* Oculair melanoma
* Chordoma van de schedelbasis, paraspinaal of sacraal
* Chondrosarcoma/sarcoma van de schedelbasis, paraspinaal of sacraal
* Meningioma
* Arterio- veneuze malformaties (AVM), intracerebraal
* Medulloblastoma
* Malignant mucosal melanoma “
* “adenoid cystic carcinoma”
* Carcinoma van de speekselklier
* Primaire tumoren van het centraal zenuwstelsel waarbij een craniospinale-as bestraling noodzakelijk is, met curatief opzet
* Osteosarcoom (niet-reseceerbaar, niet-gemetastaseerd)

**2.** **« Mobility status » van de patiënt (« WHO/ECOG specification»)\*\***

* (0) Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
* (1) Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
* (2) Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
* (3) Capable of only limited self-care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
* (4) Completely disabled. Cannot carry on any self-care. Totally confined to bed or chair

\*\* *Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.*

**3. Behandeling**

* « Proton » therapie
* « Carbon ion » therapie
* Combinatiebestraling hadrontherapie/fotontherapie

**4. Datum eerste consultatie en datum van de start van de behandeling**

* Consultatie : …………………………………………………………………….
* Behandeling : ………………………….........................................................
* Aantal voorziene fracties en dosis: ……………………………………………

**5. Medische documentatie verplicht aanwezig in het aanvraagdossier**

* MOC-verslag (Multidisciplinar Oncological Consult), met registratieformulier, of multidisciplinair verslag (niet oncologische aandoeningen)
* Anatomopathologisch verschil indien resectie/biopsie
* Positief advies van hadrontherapie centrum
* Geïnformeerde toestemming vervolledigd en getekend door de patiënt

***6. Andere behandelingen reeds uitgevoerd met betrekking tot de aandoening waarvoor verwezen***

* Geen
* Behandeling :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Soort behandeling*** | ***Beschrijving (chirurgie-interventie, medicatie, bestraling, etc.)*** | Van/op | Tot | Lopende |
| *Chirurgie / interventionele ingreep* |  |  |  |  |
| *Medicatie  (bijv. chemotherapie of andere)* |  |  |  |  |
| *Bestraling (voeg vorige bestralingsprotocollen toe)* |  |  |  |  |
| *Andere* |  |  |  |  |

**7. Andere relevante diagnosen en medische antecedenten, mogelijke contra-indicaties**

**………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………**