



Xofigo® – Applikationsprotokoll

Patient	Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	ID-Nr.:
---------	-------	----------	---------------	---------

1. Therapie Datum: _____ Gewicht: _____ kg Therapeut: _____

Bestellte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Vials: _____ Chargen-Nr.: _____ Kalibrationsdatum: _____

Messung Spritze: _____ MBq Applizierte Aktivität: _____ MBq Restaktivität Spritze: _____ MBq

2. Therapie Datum: _____ Gewicht: _____ kg Therapeut: _____

Bestellte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Vials: _____ Chargen-Nr.: _____ Kalibrationsdatum: _____

Messung Spritze: _____ MBq Applizierte Aktivität: _____ MBq Restaktivität Spritze: _____ MBq

3. Therapie Datum: _____ Gewicht: _____ kg Therapeut: _____

Bestellte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Vials: _____ Chargen-Nr.: _____ Kalibrationsdatum: _____

Messung Spritze: _____ MBq Applizierte Aktivität: _____ MBq Restaktivität Spritze: _____ MBq

4. Therapie Datum: _____ Gewicht: _____ kg Therapeut: _____

Bestellte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Vials: _____ Chargen-Nr.: _____ Kalibrationsdatum: _____

Messung Spritze: _____ MBq Applizierte Aktivität: _____ MBq Restaktivität Spritze: _____ MBq

5. Therapie Datum: _____ Gewicht: _____ kg Therapeut: _____

Bestellte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Vials: _____ Chargen-Nr.: _____ Kalibrationsdatum: _____

Messung Spritze: _____ MBq Applizierte Aktivität: _____ MBq Restaktivität Spritze: _____ MBq

6. Therapie Datum: _____ Gewicht: _____ kg Therapeut: _____

Bestellte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Aktivität: _____ MBq Gelieferte Vials: _____ Chargen-Nr.: _____ Kalibrationsdatum: _____

Messung Spritze: _____ MBq Applizierte Aktivität: _____ MBq Restaktivität Spritze: _____ MBq

PP-XOF-DE-0207-1, ANR 86811421

