|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información general** | | | | | | | | | |
| Nombre del paciente: | | | | | | Fecha de nacimiento del paciente: | | | |
| Teléfono del paciente: | | | | | | Correo electrónico: | | | |
| **Proveedores de atención médica** (incluidos nombres, institución) | | | | | | | | | |
| Proveedor de atención primaria: | | | | | | | | | |
| Cirujano: | | | | | | | | | |
| Radioncólogo: | | | | | | | | | |
| Oncólogo: | | | | | | | | | |
| Otros proveedores: | | | | | | | | | |
| **Resumen del tratamiento** | | | | | | | | | |
| **Diagnóstico** | | | | | | | | | |
| Tipo de cáncer/ubicación/subtipo histológico: Cáncer de colon | | | | | | | | | Fecha del diagnóstico (año): |
| Estadio: ☐I ☐II ☐III ☐ IV ☐No corresponde | | | | | | | | | |
| Afecciones predisponentes: ☐Ninguna ☐Enfermedad intestinal inflamatoria ☐Poliposis adenomatosa familiar (FAP) ☐Cáncer colorrectal hereditario sin poliposis (HNPCC) | | | | | | | | | |
| Antecedentes familiares de cáncer de colon o de recto: ☐ Ninguno ☐Un pariente de 1.er grado ☐ Un pariente de 2.do grado ☐Varios parientes | | | | | | | | | |
| Recibió asesoramiento genético: ☐ Sí ☐No Pruebas genéticas: ☐ Sí ☐No  Resultados de pruebas genéticas: | | | | | | | | | |
| Colonoscopia preoperatoria: ☐ Sí ☐No  Completa hasta el ciego: ☐ Sí ☐No  Otras lesiones en la colonoscopia preoperatoria: ☐ Ninguna ☐Pólipos de bajo riesgo ☐Pólipos de alto riesgo | | | | | | | | | |
| **Tratamiento finalizado** | | | | | | | | | |
| Cirugía: ☐ Sí ☐No | | | | | Fecha(s) de la(s) cirugía(s) (año): | | | | |
| Procedimiento quirúrgico/ubicación/hallazgos: | | | | | | | | | |
| Radiación: ☐ Sí ☐No | Área del cuerpo tratada: | | | | | | | Fecha de finalización (año): | |
| Terapia sistémica (quimioterapia, terapia hormonal, otra): ☐ Sí ☐No | | | | | | | | | |
| Nombres de los agentes utilizados | | | | | | | | | Fechas de finalización (año) |
| ☐ 5-Fluorouracilo | | | | | | | | |  |
| ☐ Irinotecán | | | | | | | | |  |
| ☐ Leucovorina | | | | | | | | |  |
| ☐ Oxaliplatino | | | | | | | | |  |
| ☐ Otro | | | | | | | | |  |
| Síntomas persistentes o efectos secundarios al finalizar el tratamiento: □ No □ Sí (introduzca el [los] tipo[s]): | | | | | | | | | |
| Ostomía permanente: ☐ Sí ☐No | | | | | | | | | |
| **Tratamiento en curso** | | | | | | | | | |
| Necesidad de tratamiento continuo (adyuvante) para el cáncer ☐ Sí ☐ No | | | | | | | | | |
| Nombre del tratamiento adicional | | | | Duración prevista | | | Efectos secundarios posibles | | |
|  | | | |  | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | |
| **Plan de atención de seguimiento** | | | | | | | | | |
| **Cronograma de visitas clínicas** | | | | | | | | | |
| Proveedor coordinador | | Cuándo/con qué frecuencia | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
| **Vigilancia del cáncer u otras pruebas recomendadas** | | | | | | | | | |
| Proveedor coordinador | | | Prueba | | | | | Con qué frecuencia | |
|  | | | Colonoscopia | | | | | Según lo que indique el proveedor | |
|  | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | |
| Continúe consultando a su proveedor de atención primaria para toda la atención médica general recomendada para (un hombre) (una mujer) de su edad, incluidas pruebas de detección del cáncer, excepto cáncer de colon. Cualquier síntoma debe notificarse a su proveedor:   1. cualquier cosa que represente un síntoma nuevo; 2. cualquier cosa que represente un síntoma persistente; 3. cualquier cosa que le preocupe que pueda estar relacionada con la reaparición del cáncer. | | | | | | | | | |
| Posibles efectos tardíos y a largo plazo que alguien con este tipo de cáncer y tratamiento puede experimentar:   * Problemas intestinales * Entumecimiento/hormigueo * Otros: | | | | | | | | | |
| Los sobrevivientes de cáncer pueden experimentar problemas con las áreas descritas a continuación. Si tiene alguna inquietud en estas u otras áreas, hable con sus médicos o enfermeros para averiguar cómo puede obtener ayuda.  ☐Ansiedad o depresión ☐Seguro ☐Funcionamiento sexual  ☐Salud emocional y mental ☐Pérdida de la memoria o la concentración ☐Dejar de fumar  ☐Fatiga ☐Crianza de los hijos ☐Cambios de peso  ☐Fertilidad ☐Funcionamiento físico ☐Otro  ☐Asesoramiento o asistencia financieros ☐Escuela/trabajo | | | | | | | | | |
| Varios estilos de vida/comportamientos pueden afectar la continuidad de su salud, incluido el riesgo de que el cáncer reaparezca o de que presente otro cáncer. Hable sobre estas recomendaciones con su médico o enfermero:  ☐Consumo de alcohol ☐Actividad física ☐Otro  ☐Dieta ☐Uso de protector solar  ☐Manejo de mis medicamentos ☐Fumar tabaco/dejar de fumar  ☐Manejo de mis otras enfermedades ☐Manejo del peso (pérdida/aumento) | | | | | | | | | |
| Recursos que le pueden interesar: | | | | | | | | | |
| Otros comentarios: | | | | | | | | | |
| Preparado por: Entregado el: | | | | | | | | | |