|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 pulmón de células pequeñas | | | | | | | | Fecha del diagnóstico (año): |
| Estadio: Estadio limitado | | | | | | | | |
| **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) |
| ☐ Carboplatino | | | | | | | |  |
| ☐ Cisplatino | | | | | | | |  |
| ☐ Etopósido | | | | | | | |  |
| ☐ Paclitaxel | | | | | | | |  |
| ☐ Vincristina | | | | | | | |  |
| ☐ Otro | | | | | | | |  |
| Síntomas persistentes o efectos secundarios al finalizar el tratamiento: □ No □ Sí (introduzca el [los] tipo[s]): | | | | | | | | |
| **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 | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | |  | |
| 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. 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:  • Estreñimiento •Pérdida de la memoria  • Fatiga • Náuseas  •Caída del cabello •Neuropatía periférica (entumecimiento/hormigueo)  • Pérdida auditiva • Neumonitis o inflamación del tejido pulmonar  • Problemas renales • Erupción cutánea  • Fibrosis o cicatrización pulmonar •Problemas o dolor al tragar | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | |