|  |
| --- |
|  **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:  |