|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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/subtipo histológico: Cáncer de mama izquierda/derecha/ambas  Receptores: ☐positivo para estrógeno; ☐positivo para progesterona; ☐tipo 2 positivo para el factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) | | | | | | | | | | | Fecha del diagnóstico (año): |
| Estadio: ☐I ☐II ☐III ☐No corresponde | | | | | | | | | | | |
| **Tratamiento finalizado** | | | | | | | | | | | |
| Cirugía: ☐ Sí ☐No | | | | | | | Fecha(s) de la(s) cirugía(s) (año): | | | | |
| Procedimiento quirúrgico/hallazgos:  Extirpación de los ganglios linfáticos: ☐Vaciamiento axilar ☐ Biopsia del ganglio centinela | | | | | | | | | | | |
| Radiación: ☐ Sí ☐No | | | Área del cuerpo tratada: | | | | | | | Fecha de finalización (año): | |
| Terapia sistémica (quimioterapia, terapia hormonal, otra): ☐ Sí ☐No  ☐ Antes de la cirugía ☐ Después de la cirugía | | | | | | | | | | | |
| Nombres de los agentes utilizados | | | | | | Fechas de finalización (año) | | | | | |
| ☐5-Fluorouracilo | | | | | |  | | | | | |
| ☐Carboplatino | | | | | |  | | | | | |
| ☐ Ciclofosfamida | | | | | |  | | | | | |
| ☐ Docetaxel | | | | | |  | | | | | |
| ☐ Doxorrubicina | | | | | |  | | | | | |
| ☐ Epirrubicina | | | | | |  | | | | | |
| ☐ Metotrexato | | | | | |  | | | | | |
| ☐Paclitaxel | | | | | |  | | | | | |
| ☐ Pertuzumab | | | | | |  | | | | | |
| ☐Trastuzumab | | | | | |  | | | | | |
| ☐ Otro | | | | | |  | | | | | |
| **Tratamiento en curso** | | | | | | | | | | | |
| Nombre del tratamiento adicional | | Duración prevista | | Efectos secundarios posibles | | | | | | | |
| ☐ Tamoxifeno | |  | | Sofocos y secreción vaginal (frecuentes); cáncer de endometrio, coágulos de sangre graves y problemas oculares (todos muy raros). Pueden ocurrir otros efectos secundarios raros. | | | | | | | |
| ☐ Inhibidores de la aromatasa (anastrozol, exemestano y letrozol) | |  | | Sofocos, dolores articulares/musculares, sequedad vaginal y pérdida ósea (frecuentes); afinamiento del cabello (raro). Pueden ocurrir otros efectos secundarios raros. | | | | | | | |
| ☐ Agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (Zoladex, Lupron) para la supresión ovárica | |  | | Sofocos y sequedad vaginal (frecuentes). Pueden ocurrir otros efectos secundarios raros. | | | | | | | |
| Otros: | |  | |  | | | | | | | |
| Síntomas persistentes o efectos secundarios al finalizar el tratamiento:  Fatiga: □ No □ Sí Síntomas menopáusicos: □ No □ Sí  Entumecimiento: □ No □ Sí Dolor: □ No □ Sí  Psicosociales/depresión: □ No □ Sí Otro (introduzca el [los] tipo[s]): | | | | | | | | | | | |
| **Evaluación de riesgo de cáncer familiar** | | | | | | | | | | | |
| Cáncer de mama o de ovario en parientes de 1.er o 2.do grado: □ Sí □ No | | | | | | | | | | | |
| Recibió asesoramiento genético: □ Sí □ No Pruebas genéticas: □ Sí □ No Resultados de las pruebas genéticas: | | | | | | | | | | | |
| **Plan de atención de seguimiento** | | | | | | | | | | | |
| Su plan de atención de seguimiento está diseñado para informarles a usted y a los proveedores de atención primaria sobre el seguimiento recomendado y requerido, los exámenes de detección del cáncer y el mantenimiento de rutina de la salud que se necesita para mantener una salud óptima.  **Posibles efectos tardíos y a largo plazo que alguien con este tipo de cáncer y tratamiento puede experimentar:** Debilitamiento del corazón que se presenta como falta de aire e hinchazón en las piernas (raros <5 %), y debilidad de los huesos y riesgo de fractura (osteoporosis). Es importante recordar que estos síntomas pueden deberse a otras causas, como la diabetes o el envejecimiento normal. Si ocurren estos síntomas o cualquier otro síntoma nuevo, notifique a su proveedor de atención médica.   **Estos síntomas deben 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.  Siga consultando a su proveedor de atención primaria para todos los casos de atención médica general recomendada para una mujer de su edad, como las vacunas de rutina y los exámenes de detección que no sean para el cáncer de mama, como la colonoscopia o los exámenes de densidad ósea. Consulte a su proveedor de atención médica acerca de la prevención y la detección de pérdida ósea mediante pruebas de densidad ósea. | | | | | | | | | | | |
| **Cronograma de visitas clínicas** | | | | | | | | | | | |
| Proveedor coordinador | | | | | | | | Cuándo/con qué frecuencia | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | |  | | | |
| **Vigilancia del cáncer u otras pruebas recomendadas** | | | | | | | | | | | |
| **Proveedor coordinador** | **PRUEBA** | | | | **Con qué frecuencia** | | | | | | |
|  | Mamografías | | | | Anualmente | | | | | | |
|  | Resonancia magnética (RM) de mamas | | | | Según lo que indique el proveedor | | | | | | |
|  | Prueba de Papanicolau/examen pélvico | | | | Según lo que indique el proveedor | | | | | | |
|  | Colonoscopia | | | | Según lo que indique el proveedor | | | | | | |
|  | Densidad ósea | | | | Cada 2 años si recibe un inhibidor de la aromatasa o según lo que indique su proveedor | | | | | | |
| Las sobrevivientes de cáncer de mama 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: | | | | | | | | | | | |