|  |
| --- |
|  **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/ambasReceptores: ☐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 □ SíEntumecimiento: □ 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:  |