|  |
| --- |
|  **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: |
| Enfermero: |
| Otros proveedores: |
| **Resumen del tratamiento** |
| **Diagnóstico** |
| Tipo de cáncer/ubicación/subtipo histológico:Cáncer de endometrioEndometrioide ☐ G1 ☐G2 ☐G3 ☐Seroso ☐De células claras ☐Mixto ☐Carcinosarcoma ☐ Otro:Cáncer de úteroSarcoma☐Leiomiosarcoma ☐Otro sarcoma | Fecha del diagnóstico (año): |
| Estadio: ☐I ☐II ☐III ☐IV ☐Recurrente ☐Desconocido  |
| **Biomarcadores analizados:** ☐ Sí ☐No☐ receptor hormonal de estrógeno (RE+) ☐ receptor hormonal de progesterona (RP+) ☐ receptor 2 del factor de crecimiento humano (HER2+) ☐ inestabilidad de microsatélites alta (IMS-A)/deficiencia en la reparación de los errores de emparejamiento (MMR) Biomarcadores analizados: □ Sí □ No Resultados de biomarcadores: |
| **Tratamiento** |
| Cirugía ☐ Sí ☐No | Fecha(s) de la(s) cirugía(s) (año): | Inscripción en ensayo clínico ☐ Sí ☐NoDetalles: |
| Procedimiento quirúrgico/ubicación/hallazgos:☐ Histerectomía☐ Salpingooforectomía (extirpación de trompas y ovarios)☐ Vaciamiento de los ganglios linfáticos☐ Extirpación de otros órganos:☐ Otros: |
| Radiación ☐ Sí ☐No  |   | Fecha de finalización: |
| Área tratada: ☐ Pelvis ☐Vagina (braquiterapia) ☐ Otra:Dosis:Fracciones (cantidad de sesiones):  |
| Terapia sistémica (quimioterapia, terapia hormonal, otra) ☐ Sí ☐No |
| Nombres de los agentes utilizados | Fecha(s) de inicio | Fecha(s) de finalización |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Síntomas persistentes o efectos secundarios al finalizar el tratamiento: □ No □ Sí:  |
|  **Evaluación de riesgo de cáncer familiar** |
| Factor(es) de riesgo genético(s)/hereditario(s) o afecciones predisponentes: |
| Asesoramiento genético: □ Sí □ No Resultados de las pruebas genéticas: |
| **Plan de atención de seguimiento** |
| Necesidad de tratamiento continuo (adyuvante) para el cáncer ☐ Sí ☐ No |
| Nombre del tratamiento adicional | Duración prevista | Efectos secundarios posibles |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Cronograma de visitas clínicas** |
| Proveedor coordinador | Cuándo/con qué frecuencia |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Vigilancia del cáncer u otras pruebas relacionadas recomendadas**  |
| Proveedor coordinador | Qué/cuándo/con qué frecuencia |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Continúe consultando a su proveedor de atención primaria para toda la atención médica general recomendada para una persona de su edad, incluidas pruebas de detección del cáncer. Cualquier síntoma debe notificarse a su proveedor , incluidos los síntomas nuevos, como sangrado, dolor, cambios en la función de la vejiga/los intestinos. |
| Posibles efectos tardíos y a largo plazo que alguien con este tipo de cáncer y tratamiento puede experimentar: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. Puede experimentar dolor posquirúrgico, fatiga, aumento de peso, retención de líquidos, menopausia, cambios en la sexualidad, dolor con las relaciones sexuales, sequedad vaginal, depresión/ansiedad y entumecimiento/hormigueo.**Posibles efectos tardíos y a largo plazo que alguien con este tipo de cáncer y tratamiento puede experimentar:**Si su tratamiento fue una histerectomía con biopsia y/o vaciamiento de los ganglios linfáticos, puede ocurrir hinchazón en las piernas. Si su tratamiento incluyó radioterapia, puede ocurrir un problema de vejiga y/o de recto (incontinencia, fuga, sangrado, estreñimiento, etc.). Si ocurren estos síntomas o cualquier otro síntoma nuevo, notifique a su equipo de atención oncológica.  |
| Las sobrevivientes de cáncer pueden experimentar problemas con las áreas descritas a continuación. Si tiene alguna inquietud en estas u otras áreas, hable con su equipo de atención oncológica para averiguar cómo puede obtener ayuda.☐ Salud emocional y mental ☐ Fatiga ☐ Cambios de peso ☐Dejar de fumar ☐ Funcionamiento físico ☐ Seguro ☐ Escuela/trabajo ☐Asesoramiento o asistencia financieros ☐ Pérdida de la memoria o la concentración ☐ Crianza de los hijos ☐ Fertilidad ☐ Funcionamiento sexual☐ Otro |
| 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 equipo/proveedor de atención oncológica y/o con su proveedor de atención primaria.☐ Dejar de fumar ☐ Dieta☐ Consumo de alcohol ☐ Uso de protector solar ☐ Manejo del peso (pérdida/aumento) ☐ Actividad física |
| Recursos que le pueden interesar:  |
| Otros comentarios: |
| Preparado por: Entregado el:  |