|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | |
| Subtipo histológico:  □Carcinoma de células escamosas  □Adenocarcinoma  □Neuroendocrino  □Otro: | | | | | | Fecha del diagnóstico (año): |
| Estadio: ☐I ☐II ☐III ☐IV ☐No corresponde | | | | | | |
| **Tratamiento finalizado** | | | | | | |
| Cirugía: ☐ Sí ☐No | | | Fecha(s) de la(s) cirugía(s) (año): | | | |
| Procedimiento quirúrgico/hallazgos:  Extirpación de los ganglios linfáticos: ☐Vaciamiento de los ganglios linfáticos de la pelvis ☐ Solamente biopsia ☐ Biopsia del ganglio centinela □No corresponde | | | | | | |
| Radiación: ☐ Sí ☐No | | | | | Fecha de finalización (año): | |
| Quimiorradioterapia concomitante (CCRT): □ Sí; con □cisplatino; □taxanos y platino; □5-FU + cisplatino; □otros agentes  Quimioterapia neoadyuvante (NACT): ☐ Antes de la cirugía ☐ Después de la cirugía | | | | | | |
| **Tratamiento en curso** | | | | | | |
| Nombre del tratamiento adicional | Duración prevista | Efectos secundarios posibles | | | | |
|  |  | Sofocos y secreción vaginal (frecuentes); cáncer de endometrio, coágulos de sangre graves y problemas oculares (todos muy raros). Pueden ocurrir otros efectos secundarios raros. | | | | |
|  |  |  | | | | |
| Otros: |  |  | | | | |
| Síntomas persistentes o efectos secundarios al finalizar el tratamiento:  Fatiga: □ No □ Sí Linfedema: □ No □ Sí  Entumecimiento: □ No □ Sí Dificultades urinarias: □ No □ Sí  Psicosociales/depresión: □ No □ Sí Síntomas menopáusicos: □ No □ Sí  Disfunción intestinal: □ No □ Sí Dolor: □ No □ Sí  Sexualidad e imagen corporal: □ No □ Sí Otro (introduzca el [los] tipo[s]): | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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:** Si su tratamiento fue una histerectomía con biopsia y/o vaciamiento de los ganglios linfáticos, es probable que ocurra hinchazón en las piernas. Si su tratamiento incluyó radioterapia (RT), es probable que ocurra un problema de vejiga y/o de recto (incontinencia, fuga, hemorragia, estreñimiento, etc.). 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 persona 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** | |
|  | Prueba de Papanicolau/examen pélvico | Anualmente | |
|  | Tomografía computarizada (TC) | Según lo que indique el proveedor | |
|  | Resonancia magnética (RM) de la pelvis | Según lo que indique el proveedor | |
| Las sobrevivientes de cáncer de cuello uterino 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: | | | |