

PLAN DE SUPERVIVENCIA AL CÁNCER DE PULMÓN

▲ Use este formulario para documentar información importante sobre su atención médica. Haga copias y actualícelo a medida que cambie su situación. NOTA: No pretende sustituir su historial médico permanente.

SU DIAGNÓSTICO

CÁNCER DE PULMÓN/ SUBTIPO/LOCALIZACIÓN	
ESTADIO/GRADO	
FECHA DE DIAGNÓSTICO (AÑO)	
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO	
MARCADORES GENÉTICOS O BIOMARCADORES (si existen)	

SU HISTORIAL DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: sí NO

TIPO <small>(quimioterapia, inmunoterapia, terapia molecular, terapia dirigida)</small>	MEDICAMENTO	ADMINISTRACIÓN	DOSIS	FRECUENCIA	FECHAS DE INICIO O FIN

RADIOTERAPIA: sí NO

TIPO <small>(braquiterapia, radioterapia externa, terapia protónica, radioterapia sistémica)</small>	ÁREA DEL CUERPO TRATADA	FRECUENCIA	FECHAS DE INICIO O FIN

CIRUGÍA: sí NO

TIPO DE PROCEDIMIENTO	ÁREA DEL CUERPO TRATADA	FECHA

SU EQUIPO DE TRATAMIENTO

NOMBRE	TÍTULO	INFORMACIÓN DE CONTACTO

Síntomas o efectos tardíos que han continuado o se han presentado después de finalizar el tratamiento:

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia (recuento bajo de glóbulos rojos) | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Neuropatía (hormigueo, entumecimiento o dolor en manos/pies) | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Cambios en el apetito | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Neutropenia (recuento bajo de glóbulos blancos) | <input type="checkbox"/> Dificultades sexuales |
| <input type="checkbox"/> Disfunción cognitiva ("quimiocerebro") | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | | <input type="checkbox"/> Problemas cutáneos |
| | <input type="checkbox"/> Linfedema (acumulación de líquido e hinchazón) | | <input type="checkbox"/> Estrés o ansiedad |
| | | | <input type="checkbox"/> Aumento o pérdida de peso |

Otro: _____ ➔ Para obtener copias adicionales de este formulario, visite PatientResource.com/LungSurvivorPlan_ESLA