Plan personalizado de atención de mi cáncer de pulmón

Cómo usar este documento

Cada paciente con cáncer de pulmón es diferente. Después de recibir el diagnóstico de cáncer de pulmón, mantendrá muchas conversaciones importantes con su equipo médico acerca de su caso concreto. Es más importante que nunca mantener el orden en los documentos de sus pruebas, intervenciones y medicamentos.

Tomar notas le ayudará a asumir el control de sus datos médicos. Anotando lo que se hable, se asegurará de recordar lo que digan los médicos durante las consultas.

Estas páginas son una estructura con la que integrar una carpeta de su plan personalizado de atención del cáncer de pulmón. Inserte las hojas que sean aplicables a su caso personal y haga copias extra si es preciso. El formato de 8.5 x 11 facilita la duplicación de las hojas si desea compartir notas con sus familiares o cuidadores.

En la carpeta podrá también guardar la información que le den en las consultas médicas.

Si le parece útil este plan de atención, ¡le agradecemos que nos lo diga! Nos gustará saber cómo usa estas hojas para poder ofrecer una herramienta que facilite la gestión de su diagnóstico.

Usted es quien está al cargo de su atención y estamos a la orden para brindarle conocimientos y apoyo.

Línea de apoyo para afectados por el cáncer de pulmón

Sírvase comunicarse con nosotros si tiene cualquier duda, precisa más recursos o simplemente desea hablar: 
(844) 835-4325 | support@LCRF.org

Más información

La Lung Cancer Research Foundation (Fundación para la Investigación del Cáncer de Pulmón) financia investigaciones innovadoras y provechosas para prolongar la supervivencia de las personas que tienen cáncer de pulmón y mejorar su calidad de vida. Visite nuestro sitio web en LCRF.org.

La LCRF ofrece materiales gratuitos de temática diversa para ayudarle a conocer mejor el cáncer de pulmón y su tratamiento. Ordénélos o descárguelos en LCRF.org/resources.

© 2023 Lung Cancer Research Foundation®, organización sin fines de lucro según el 501(c)3
**Mis datos**

Nombre del paciente________________________ Fecha del diagnóstico____________________________________

Persona de contacto en caso de emergencia____________________ Teléfono______________________________

**Datos del proveedor de atención médica**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre</th>
<th>Teléfono/Email</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Médico de cabecera</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oncólogo médico</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Radiooncólogo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cirujano torácico</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Enfermera/coordinador asistencial</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Trabajador social</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Otra persona de contacto</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Otra persona de contacto</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Otra persona de contacto</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Otras enfermedades**

Otro problemas médicos  
________________________________________________________________________  
________________________________________________________________________  
________________________________________________________________________  

Alergias conocidas  
________________________________________________________________________  
________________________________________________________________________  
________________________________________________________________________
Datos de mi cáncer de pulmón

Fecha de la primera biopsia ____________________________
Fecha de la biopsia de seguimiento ____________________________

Tipo de cáncer de pulmón

☐ Cancer pulmonar microcítico (CPM)

☐ Cancer pulmonar no microcítico (CPNM)
  ☐ Adenocarcinoma

Estadio

☐ Estadio limitado
☐ Estadio extendido

☐ IA
☐ IB
☐ IIA
☐ IIB
☐ IIIA
☐ IIIB
☐ IIIC
☐ IVA

Resultados de análisis de biomarcadores:

☐ ALK
☐ BRAF
☐ EGFR
☐ Exón 19
☐ Exón 20
☐ Exón 21
☐ HER2
☐ KRAS
☐ MET
☐ NTRK
☐ PD-L1
☐ RET
☐ ROS1
☐ TMB
☐ Otros ______________________

☐ Escamoso

Resultados de análisis de biomarcadores:

☐ PD-L1
☐ Otro ______________________

☐ Macroscopico

☐ Carcinoma neuroendocrino

Tratamiento recomendado

☐ Cirugía
☐ Radioterapia
☐ Inmunoterapia

☐ Quimioterapia
☐ Tratamiento dirigido
☐ Otros

Notas sobre el tratamiento

____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
Ensayos clínicos

¿Se recomienda un ensayo clínico?  [ ] Sí  [ ] No

Posibles ensayos clínicos y notas:

____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________

Datos de contacto

Nombre y teléfono de la persona de contacto ________________________________

Persona de contacto para emergencias o fuera del horario laboral ________________________________

Nombre y código del estudio ________________________________

Adónde acudir ________________________________

Fármacos que se estudian ________________________________

¿Qué se investiga?  Notas sobre el ensayo clínico

____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________

Infórmese sobre los ensayos clínicos
LCRF.org/clinicaltrials
Cirugía

Fecha programada ______________________  Adónde acudir ___________________________

Tipo:  □ Resección en cuña  □ Lobectomía  □ Segmentectomía  □ Neumonectomía

Instrucciones preoperatorias

________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________

Instrucciones posoperatorias

________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________

Notas de la operación

________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________
________________________________________________________________________________
Radioterapia

Fecha de comienzo _________________ Fecha de finalización ________________________________
Adónde acudir ________________________________________________________________
Tipo de radioterapia _________________ Zona de irradiación ________________________________

Finalidad

____________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________

Efectos secundarios a los cuales estar atento

____________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________

Notas de la radioterapia

____________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________
Quimioterapia/tratamiento dirigido/inmunoterapia

Adónde acudir ______________________________________________________________

Persona de contacto para el tratamiento ______________________________________

Esquema terapéutico

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento</th>
<th>Vía de administración</th>
<th>Dosis</th>
<th>Inicio</th>
<th>Programa de tratamiento y detalles</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IV</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Efectos secundarios a los cuales estar atento

________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________

Notas sobre el tratamiento

________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
________________________________________________________________________
# Tratamiento sintomático/tratamiento de los efectos secundarios

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tratamiento</th>
<th>Tipo (pastilla, loción, etc.)</th>
<th>Dosis (si corresponde)</th>
<th>Finalidad</th>
<th>Programa de tratamiento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Notas sobre el tratamiento**

____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
____________________________________________________________________________________________________
Otras ayudas necesarias

☐ Apoyo de cuidador ____________________________

☐ Tratamiento complementario ____________________

☐ Salud emocional y mental _______________________

☐ Derechos laborales de paciente y cuidador __________

☐ Fisioterapia y ejercicio __________________________

☐ Consultas sobre fertilidad ________________________

☐ Orientación y ayuda económica _____________________

☐ Apoyo sobre seguros ______________________________

☐ Orientación nutricional __________________________

☐ Tratamiento del dolor ____________________________

☐ Terapia respiratoria ______________________________

☐ Orientación de pareja ______________________________

☐ Salud sexual ____________________________

☐ Deshabituaclón del tabaco _________________________

☐ Otra __________________________________________
### Hoja de vigilancia de síntomas

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fechas</th>
<th>Síntoma</th>
<th>Medidas tomadas para aliviarlo</th>
<th>Notas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
## Mi lista de consultas

**Fecha/hora** ____________ **Lugar** ____________________ **Médico** ________________

### Pruebas

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐</td>
<td>Análisis de sangre</td>
<td>☐ Resonancia magnética (MRI) o tomografía computada (CT)</td>
</tr>
<tr>
<td>☐</td>
<td>Radiografía</td>
<td>☐ Análisis de orina</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Dudas** que consultar

(por ejemplo, tratamientos, síntomas nuevos)

Aclaración de las dudas:

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

-------------------------------

**Resumen de la consulta:**

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

**Fecha/hora de la próxima consulta** ________________ **Médico** ________________

---

**Fecha/hora** ____________ **Lugar** ____________________ **Médico** ________________

### Pruebas

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐</td>
<td>Análisis de sangre</td>
<td>☐ Resonancia magnética (MRI) o tomografía computada (CT)</td>
</tr>
<tr>
<td>☐</td>
<td>Radiografía</td>
<td>☐ Análisis de orina</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Dudas** que consultar

(por ejemplo, tratamientos, síntomas nuevos)

Aclaración de las dudas:

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

-------------------------------

**Resumen de la consulta:**

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

________________________________________________________________________

**Fecha/hora de la próxima consulta** ________________ **Médico** ________________
Notas generales
Estos materiales se han traducido y adaptado a partir de materiales de la LCRF que están publicados en inglés en LCRF.org/materials y que se elaboraron gracias al apoyo de AbbVie, Bristol-Myers Squibb, Eisai Inc., Eli Lilly and Company, Foundation Medicine Inc., Genentech (miembro del grupo Roche), Jazz Pharmaceuticals, Mirati Therapeutics Inc., Novartis, Sanofi y Takeda Pharmaceuticals U.S.A. Inc., así como de generosas donaciones recibidas.

Los materiales instructivos de la LCRF en español forman parte de la campaña de concientización Conozca su riesgo: guía sobre el cáncer de pulmón para hispanos/latinoamericanos, elaborada gracias al apoyo de:

Visite LCRF.org/supportresearch y contribuya a hacer posible la investigación futura.