



MI DIAGNÓSTICO

El nombre de mi **Oncólogo** es: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del **personal de enfermería**: _____

¿Cuánto se ha extendido mi **tumor**? _____

¿Puede decirme a qué velocidad está creciendo? _____

¿Hacia dónde se ha extendido el **tumor**? (Marque todos los que procedan)

☐ Cerebro ☐ Huesos ☐ Sistema linfático ☐ Hígado ☐ Pulmón ☐ Otros

¿Sentiré algún **síntoma del tumor**?

¿Qué pruebas necesitaré de inmediato y cuánto tiempo durarán?

¿Qué **tipo de cáncer de mama** tengo? (Marque las que correspondan)

☐ Receptor hormonal positivo ☐ Receptor hormonal negativo

☐ HER2 positivo ☐ HER2-negativo

☐ Triple-negativo

¿Cómo influye esto en el tratamiento que recibiré?

¿Tiene experiencia en el tratamiento de este tipo de **cáncer**?

¿Qué más piensa que yo necesitaría saber acerca del cáncer?



MI TRATAMIENTO

¿Qué tratamientos tendré que tomar? _____

¿Cuáles son los posibles **efectos secundarios**? _____

¿Hay algo que pueda comer o beber antes y después del tratamiento para prevenir **náuseas, diarreas o otros efectos secundarios**? _____

¿Qué puedo hacer para mejorar la fatiga producida por el cáncer o el tratamiento? _____

Estoy preocupado/a acerca de la caída del **cabello**, ¿hay algo que pueda hacer para prevenirlo? _____

¿Con que frecuencia deberé tomar el **tratamiento**? _____

¿El tratamiento se administra por vía intravenosa? _____

¿Cuánto tiempo debo programar para las visitas al médico? _____

¿Con que frecuencia comprobará mi evolución? _____

¿Recibiré tratamiento con **radioterapia o cirugía**? _____

¿Cuáles son los beneficios que puedo obtener por participar en un **ensayo clínico**? _____



MIS EMOCIONES

¿Hay alguien disponible en este ensayo u **hospital** para ayudarme con mi **ansiedad o depresión**?

¿Hay algún **psico-oncólogo** o **asesor** que tenga experiencia en el tratamiento de pacientes con cáncer metastásico que pueda ayudarme?

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Puede darme el contacto de un asistente social que trabaje con pacientes con **CMm**?

¿Cuáles son los **grupos de apoyo** a pacientes para mujeres con CMm en esta zona?

¿Dónde puedo hablar con otras pacientes con **CMm**?

¿Hay **asesores** que puedan ayudarme a hablar con mi familia?

¿Estos servicios los cubre **mi seguro médico**?



MI SALUD

Me preocupa mi dieta, ¿tienen un nutricionista que trabaje con pacientes en tratamiento contra el cáncer?

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Hay algo que pueda hacer para sentirme más fuerte/menos agotada?

¿Existen **ayudas complementarias** o centros específicos que me pueda recomendar que trabajen con pacientes con cáncer?



MIS RELACIONES PERSONALES

¿Tiene alguna información sobre cómo explicarle a la gente **mi diagnóstico**?

¿Puede indicarme un psicólogo infantil con experiencia que trabaje con personas con cáncer en la familia?

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Tiene alguna información o folleto que pueda darme acerca del impacto que el **diagnóstico** tendrá en mi familia?

¿Afectará mi tratamiento a **mi vida sexual**?



MI TRABAJO

¿Durante cuánto tiempo podré continuar **trabajando** mientras recibo el **tratamiento**?

¿Cuándo sabré si estoy respondiendo a mi **tratamiento**? ¿Después de la primera dosis o más tarde?

¿Podré trabajar en aquellos momentos que me sienta mejor?

¿Qué suele hacer la gente en mi situación con respecto al **trabajo**?

NOTAS

¿Qué he aprendido?

¿Qué es lo que me importa?

¿Qué preguntas tengo?
