



PREGUNTAS PARA MI MÉDICO



FICHAS QUE AYUDARÁN
A HACER LAS PREGUNTAS NECESARIAS



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 u 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 comprobaré 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?
.....
.....
.....