

Plan de Seguimiento para Supervivientes de PanCare - Versión corta

Este Plan de Seguimiento para supervivientes de PanCare - Versión corta es una versión resumida del Plan de Seguimiento para supervivientes de PanCareFollowUp - Versión completa. Le proporciona la información que necesita: un resumen del tratamiento y recomendaciones de salud personalizadas para que pueda gestionar de forma activa su bienestar a largo plazo.

El Plan de Seguimiento para supervivientes de PanCare – Versión corta debe ser cumplimentado por o junto con un profesional sanitario que tenga acceso a sus datos médicos. La versión completa aborda los mismos temas con mayor profundidad, incluyendo explicaciones más detalladas y orientaciones más amplias para quienes deseen tener una visión más completa de su atención. Según sus preferencias personales, podrá elegir junto con su clínica/unidad de seguimiento o su profesional sanitario de referencia la versión completa o la versión corta.

Este plan contiene información personal y de salud. Una vez completado, será conservado por usted. Con su consentimiento, puede compartirse con su profesional sanitario, familiares o cuidadores.

Tenga en cuenta que el contenido de este Plan de Seguimiento para supervivientes de PanCare – Versión corta puede actualizarse para reflejar futuras revisiones del [Plan de Seguimiento para supervivientes de PanCareFollowUp – Versión completa](#).

Fecha de elaboración: mayo de 2026

Más información: www.pancare.eu

1. Información general
2. Resumen del tratamiento
3. Historial y problemas de salud
4. Recomendaciones para el seguimiento
5. Recomendaciones para la salud general

1. Información general	
Esta parte describe su información básica.	
Nombre (preferido)	Introduzca su nombre
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA
Sexo al nacer	Introduzca el sexo al nacer
Identidad de género	Introduzca la identidad de género
Número de teléfono	Introduzca el número de teléfono
Dirección de correo electrónico	Introduzca la dirección de correo electrónico
Nombres de los padres/cuidadores (si procede)	Introduzca el nombre de los padres/cuidadores
Persona de contacto en caso de emergencia	Introduzca la persona de contacto en caso de emergencia
Número de teléfono de la persona de contacto en caso de emergencia	Introduzca el número de teléfono de la persona de contacto en caso de emergencia
Centro donde recibió tratamiento	Introduzca el centro donde recibió tratamiento
Oncólogo referente	Introduzca el nombre de su Oncólogo referente
Introduzca el médico de cabecera	Introduzca el nombre de su médico de cabecera
Alergias	Indique si procede
1b. Medicación actual	
Esta sección recoge todos los medicamentos que toma actualmente.	
Introduzca los medicamentos	

2. Resumen del tratamiento	
Esta sección describe sus diagnósticos y todos los tratamientos que ha recibido.	
Diagnóstico primario	Introduzca el código ICC3 o el código ICD-O-3 v1, incluyendo la lateralidad, si procede
Fecha del diagnóstico primario	DD/MM/AAAA
Progresión + fecha	Sí ☐ / No ☐ , DD/MM/AAAA
Metástasis	Si ☐ / No ☐ , DD/MM/AAAA
Neoplasia secundaria/Segundo tumor maligno + fecha	Sí ☐ , No ☐ , no aplicable ☐
Tipo de neoplasia maligna secundaria/segundo tumor maligno	Introduzca el código ICC3 o el código ICD-O-3 v
Fecha del diagnóstico de neoplasia maligna secundaria/segundo tumor maligno	DD/MM/AAAA
Quimioterapia	Sí ☐ / No ☐
Tipo de quimioterapia	Introduzca el tipo o tipos de quimioterapia (para todos los diagnósticos combinados)
Dosis acumulada de antraciclinas	Introduzca la dosis acumulada de antraciclinas (para todos los diagnósticos combinados)
Dosis acumulada de agentes alquilantes	Introduzca la dosis acumulada de agentes alquilantes (para todos los diagnósticos combinados)
Radioterapia	Sí ☐ / No ☐
Tipo de radioterapia y dosis total recibida [en el campo]	Indique el/los tipo(s) de radioterapia (p. ej., protones, fotones), la dosis y el campo irradiado
Trasplante de progenitores hematopoyéticos	Sí ☐ / No ☐
Tipo de trasplante de progenitores hematopoyéticos	Introduzca el tipo de progenitores hematopoyéticos
Fecha del procedimiento	DD/MM/AAAA
Cirugía mayor	Sí ☐ / No ☐
Tipo de cirugía	Introduzca el tipo de cirugía
Fecha de la intervención	DD/MM/AAAA
Inmunoterapia	Sí ☐ / No ☐
Tipo de inmunoterapia	Indique el tipo de inmunoterapia
Otras terapias	Sí ☐ / No ☐
Tipo de otras terapias	Indique el tipo o tipos de otras terapias

--	--

3. Antecedentes y problemas de salud

Esta sección describe cualquier problema de salud grave (físico y mental) durante y después del tratamiento, incluidos los efectos tardíos ya diagnosticados.

DD/MM/AAAA	Indique la enfermedad o afección	Indique si es actual o pasado
------------	----------------------------------	-------------------------------

3a. Otros antecedentes médicos

Esta sección describe otros antecedentes médicos relevantes.

Enfermedades congénitas o hereditarias	Indique si procede
Antecedentes médicos en su familia	Indique si procede
Otros	Indique si procede

4. Recomendaciones para el seguimiento

Esta sección explica por qué es importante controlar su salud de forma regular tras haber recibido tratamiento contra el cáncer a una edad temprana.

Debido a que los tratamientos pueden aumentar el riesgo de desarrollar problemas físicos y mentales a largo plazo, es importante informar de cualquier síntoma a su médico sin demora. La detección precoz permite identificar antes las posibles causas y evitar complicaciones más graves.

<i>Esta columna incluye los tratamientos que pueden aumentar el riesgo de presentar un determinado efecto tardío</i>	<i>Esta columna describe los riesgos específicos derivados del tratamiento recibido</i>	<i>Esta columna muestra las recomendaciones basadas en la evidencia científica</i>	<i>Esta columna muestra las decisiones tomadas conjuntamente relacionadas con su seguimiento y atención</i>	<i>Esta columna incluye observaciones o excepciones, así como posibles personas de contacto para la atención médica</i>
Debido a que recibió tratamiento con...	...puede presentar riesgo de...*	...por lo tanto, se recomienda el siguiente plan de seguimiento:	La decisión compartida entre usted y su profesional sanitario sobre su seguimiento:	
Introduzca el tratamiento	Introduzca el riesgo	Introduzca el tipo de seguimiento recomendado	Introduzca la decisión	Introduzca cualquier comentario adicional

4a. Decisiones sobre su atención que usted considera importantes

Introduzca las decisiones de importancia personal

4b. Enlaces directos a resúmenes PLAIN relevantes

www.pancare.eu/plain-language-summaries

Introduzca enlaces a resúmenes PLAIN relevantes

5. Recomendaciones generales de salud

Esta sección explica la importancia de cuidar su salud general.

Un estilo de vida saludable mejora los procesos de su cuerpo que le ayudan a sentirse bien tanto física como mentalmente. Un estilo de vida saludable puede reducir el riesgo de fatiga, depresión, enfermedades cardiovasculares, nuevos tumores (secundarios) y otros problemas de salud (mental).

En cuanto a un estilo de vida saludable, se recomienda:

- Dormir las horas necesarias
- Hacer ejercicio con regularidad (al menos 3 veces a la semana)
- Mantener un peso saludable
- Consumir abundantes frutas y verduras; reducir el consumo de grasas, azúcar y sal
- No fumar o dejar de fumar si actualmente fuma
- Limitar el consumo de alcohol
- Proteger la piel: usar protector solar y evitar tomar el sol en exceso

Respecto a la salud física, se recomienda:

- Acudir a revisiones dentales periódicas
- Controlar el peso y la presión arterial
- Participar en los programas de cribado de cáncer que le correspondan según su edad y riesgo
- Recibir todas las vacunas recomendadas según las guías nacionales

Respecto a la salud mental, se recomienda:

- Mantener relaciones/vínculos sociales
- Dedicar tiempo a cuidarse
- Buscar apoyo en familiares o amigos cercanos cuando experimente emociones negativas
- Practicar actividades que le gusten o explorar nuevos intereses/aficiones
- Practicar mindfulness
- Practicar técnicas de relajación
- Buscar ayuda profesional si es necesario

Respecto a la salud social, se recomienda:

- Comente con su médico cualquier problema o duda sobre la gestión de su vida diaria, como trabajo, estudios, relaciones sociales, finanzas, etc.
- Siéntase libre de compartir sus necesidades con sus seres queridos

5a. Espacio para comentarios

Introduzca sus comentarios