|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE MAMA AVANZADO** | | | | | | |
| INFORMACION DE LA PACIENTE | | | | | | |
| NOMBRE PACIENTE | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| TELEFONO | | | | | CORREO ELECTRONICO | |
| REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA: BIOPSIA | | | | | | |
| LOCALIZACION: Derecha ☐Izquierda☐ Bilateral☐ | | | | FECHA DEL DIAGNOSTICO: | | |
| TIPO DE CANCER: TIPO HISTOLOGICO: | | | | | | |
| GRADO: 1 ☐ 2 ☐ 3☐ | | | | | | |
| Receptores: ☐Estrógenos Positivos %; ☐Progesterona Positivos %; | | | | | | |
| ☐HER2 positivo: IHQ (Inmunohistoquímica): ☐Negativo (+ )☐ Ambiguo o Indeterminado(++)☐Positivo (+++) | | | | | | |
| ESTADIAJE | | | | | | |
| ☐I ☐II ☐III ☐IV | | | | | | |
| TRATAMIENTO SISTEMICO | | | | | | |
| TRAMIENTO SISTEMICO Si ☐No☐Quimioterapia☐ Terapia Hormonal ☐Terapia Biológica☐ | | | | Antes de la Cirugía ☐Después de la Cirugía☐ | | |
| Medicamentos | Días de Aplicación | | | Número de Ciclos | | Fecha de Inicio/ Culminación |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | |  |
| CIRUGIA | | | | | | |
| Cirugía: SI☐ No☐ | | |  | | | |
| Tipo de Cirugía. Mastectomía Simple ☐ Mastectomía Radical Modificada ☐ Mastectomía Parcial más Disección Axilar☐  RECONSTRUCCIÓN MAMARIA SI ☐ No ☐ TIPO: | | | | | | |
| REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA: BIOPSIA QUIRURGICA | | | | | | |
| LOCALIZACION: Derecha ☐Izquierda☐ Bilateral ☐ | | | | FECHA : | | |
| TIPO DE CANCER: TIPO HISTOLOGICO: Invasivo ☐ No invasivo ☐ Ambos☐ | | | | | | |
| GRADO: 1 ☐ 2 ☐ 3☐ | | | | | | |
| Tamaño Tumoral: | | | | Márgenes de Resección: Positivo☐ Negativo☐ | | |
| Disección axilarSI ☐ No ☐ Número de Ganglios del Vaciamiento. Número de Ganglios Positivos: | | | | | | |
| RADIOTERAPIA | | | | | | |
| RADIOTERAPIA SI ☐ No ☐  Fecha de Inicio:  Fecha de Culminación: | | | | Mama ☐ Dosis:  Fosa Supraclavicular ☐ Dosis:  Otros ☐ Dosis:  Sitio: | | |
| TRATAMIENTO ADICIONAL | | | | | | |
| TAMOXIFENO ☐ | | DURACION | | | | |
| INHIBIDOR DE LA AROMATASA(Anastrozole,Letrozole y Exemestano ) ☐ | | DURACION | | | | |
| AGONISTA GNRH (Zoladex, Lupron) ☐ | | DURACION | | | | |
| SEGUIMIENTO | | | | | | |
| FECHA: | | | | | | |
| FECHA: | | | | | | |
| FECHA: | | | | | | |
| FECHA: | | | | | | |
| FECHA: | | | | | | |