

UF CNES da Unidade de Saúde Nº Protocolo
 Unidade de Saúde (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
 Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino
 Nome Completo do(a) paciente* Apellido do(a) paciente
 Nome Completo da Mãe*
 CPF Nacionalidade
 Data de Nascimento* / / Idade* Cor/Raça Branca Preta Parda Amarela Indígena/Etnia
 Dados Residenciais
 Logradouro
 Número Complemento
 Bairro UF
 Código Município Município
 CEP - DDD Telefone -
 Ponto de Referência
 Escolaridade
 Analfabeto(a) Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódoço ou caroço na mama?*

Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não

2. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*

Sim Não Não sabe

* Risco elevado são:
 Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
 - câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
 - câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária;
 Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
 Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ
 Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?*

Sim Nunca foram examinadas anteriormente Não sabe

4 - Fez mamografia alguma vez?*

Sim. Quando fez o último mamografia? Ano
 Não Não sabe

5 - Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano?*

Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não Não sabe

6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?*

Mama direita		Mama esquerda
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica inócuonal	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centrolectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Dutectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo areóla-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia		

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar: <input type="checkbox"/> Cristalina, <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Espessamento: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Linfonodo palpável: <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supradavicular		Mama esquerda <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar: <input type="checkbox"/> Cristalina, <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Espessamento: Localização: <input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA Linfonodo palpável: <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supradavicular	
---	--	--	--

<input type="checkbox"/> 7b. Controle radiológico Categoria 3 Mama direita: <input type="checkbox"/> nódulo, <input type="checkbox"/> microcalcificação, <input type="checkbox"/> assimetria focal, <input type="checkbox"/> assimetria difusa, <input type="checkbox"/> área densa, <input type="checkbox"/> distorção focal, <input type="checkbox"/> linfonodo axilar Mama esquerda: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7c. Lesão com diagnóstico de câncer Mama direita: <input type="checkbox"/> nódulo, <input type="checkbox"/> microcalcificação, <input type="checkbox"/> assimetria focal, <input type="checkbox"/> assimetria difusa, <input type="checkbox"/> área densa, <input type="checkbox"/> distorção focal, <input type="checkbox"/> linfonodo axilar Mama esquerda: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante <input type="checkbox"/> Mama direita <input type="checkbox"/> Mama esquerda
--	---	--

<input type="checkbox"/> 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição Mama direita: <input type="checkbox"/> Categoria 0, <input type="checkbox"/> Categoria 3, <input type="checkbox"/> Categoria 4, <input type="checkbox"/> Categoria 5 Mama esquerda: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno Mama direita: <input type="checkbox"/> nódulo, <input type="checkbox"/> microcalcificação, <input type="checkbox"/> assimetria focal, <input type="checkbox"/> assimetria difusa, <input type="checkbox"/> área densa, <input type="checkbox"/> distorção focal, <input type="checkbox"/> Linfonodo axilar Mama esquerda: <input type="checkbox"/>
---	---

8 - Mamografia de rastreamento

8a. População alvo 8b. População de risco elevado (história familiar) 8c. Paciente já tratado de câncer de mama

Data de solicitação* Responsável*

____/____/____ _____

Número do Exame: _____ Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 - Mamografia Diagnóstica	Mamografia realizada nas mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (os sinais e sintomas contemplados no formulário são: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supradavicular)
7a - Achados no exame clínico	
7b - Controle radiológico de lesões Categoria 3 (BI-RADS®)	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna
7c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológica, mas antes do tratamento
7d - Avaliação da resposta à quimioterapia neoadjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta
7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0, 3, 4 e 5 para revisão de resultado
7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior da biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas

8 - Mamografia de Rastreamento

Mamografia realizada nas mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 35 anos com histórico familiar (população de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastectomia não é sinal de câncer de mama

Localização:	QSL - Quadrante superior lateral QIL - Quadrante inferior lateral QSM - Quadrante superior medial QIM - Quadrante inferior medial UQlat - União dos quadrantes laterais UQsup - União dos quadrantes superiores	UQinf - União dos quadrantes inferiores UQmed - União dos quadrantes mediais RRA - Região retroareolar RC - Região central (união de todos os quadrantes) PA - Prolongamento axilar NR - Não realizado
--------------	--	---