

UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unidade de Saúde		(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
<input type="text"/>		
Código do Município	Município	Prontuário
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*	Sexo
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Nome completo do(a) paciente*	
<input type="text"/>	
	Apelido do(a) paciente
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome completo da mãe*	
<input type="text"/>	
CPF	Nacionalidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Nascimento*	Idade
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Raça/cor	
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia	<input type="text"/>
Dados Residenciais	
Logradouro	
<input type="text"/>	
Número	Complemento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bairro
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do Município	Município
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEP	DDD
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
Ponto de Referência	Telefone
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Escolaridade:	
<input type="checkbox"/> Analfabeto(a) <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo	

DADOS DA ANAMNESE

1. Achou recentemente um nódulo ou caroço na mama? (Há menos de 1 mês)	3. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?*
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
2. Você está grávida ou amamentando?	* Risco elevado são:
<input type="checkbox"/> Sim	Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
<input type="checkbox"/> Não	- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
<input type="checkbox"/> Não sabe	- 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

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS
4. Descrição do exame

MAMA				
Descarga papilar				
<input type="checkbox"/> Cristalina	<input type="checkbox"/> Hemorrágica			
Nódulo (tumor)				
<input type="checkbox"/> Sólido	<input type="checkbox"/> Sólido-cístico	<input type="checkbox"/> Cístico		
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

Observação: em caso de múltiplas lesões deverá ser preenchido um formulário para cada lesão e os diferentes materiais colhidos deverão ser enviados para um mesmo laboratório.

5. Material enviado:*

<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Descarga papilar
<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> Punção aspirativa
	<input type="checkbox"/> Conteúdo cístico

6. Tem tumor residual após punção?

☐ Sim
☐ Não

7. Tumor sólido puncionado é o tumor residual?

☐ Sim
☐ Não

8. Número de lâminas/ml enviadas(os):*
Data da Coleta*

/ /

Responsável*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

[illegible][illegible]

--	--	--	--

RESULTADO	
-----------	--

☐ Mama direita ☐ Mama esquerda

☐ Satisfatório

☐ Insatisfatório por _____

|||

RESULTADO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA	
--------------------------------	--

- ☐ Mastite
- ☐ Abscesso subareolar recorrente
- ☐ Fibroadenoma
- ☐ Necrose gordurosa
- ☐ Condição fibrocística mamária
- ☐ Lesão epitelial benigna proliferativa sem atipias
- ☐ Outros (exclusivamente benignos) _____

☐ Lesão epitelial proliferativa com atipias

☐ Outros _____

☐ Carcinoma ductal

☐ Carcinoma lobular

☐ Outros (exclusivamente malignos) _____

☐ Tumor papilar

☐ Tumor filóide

☐ Outros

RESULTADO DA DESCARGA PAPILAR / CONTEÚDO CÍSTICO	
--	--

- ☐ Material acelular
- ☐ Negativo para malignidade
- ☐ Padrão citopatológico de malignidade indeterminada
- ☐ Positivo para malignidade
- ☐ Consistente com lesão papilar
- ☐ Consistente com processo inflamatório

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

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
UQmed - União dos quadrantes mediais
UQinf - União dos quadrantes inferiores
RRA - Região retroareolar
PA - Prolongamento axilar