

UF

Unidade de Saúde

CNES da Unidade de Saúde

Nº Protocolo

(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Código do Município

Município

Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS*

Sexo

 Masculino Feminino

Nome completo do(a) paciente*

Apelido do(a) paciente

Nome completo da mãe*

CPF

Nacionalidade

Data de Nascimento*

Idade

Raça/cor

 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do 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

1. Achou recentemente um nódulo ou caroço na mama? (Há menos de 1mês)

3. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?

- Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não

 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

2. Você está grávida ou amamentando?

- Sim
 Não
 Não sabe

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

4. Descrição do exame

MAMA

Descarga papilar

- Cristalina Hemorrágica

Nódulo (tumor)

- Sólido Sólido-cístico 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 punctionado é o tumor residual?

- Sim
 Não

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

Data da Coleta*

Responsável*

