

UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo
Unidade de Saúde	(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*
/ /	
Dados Residenciais	Cor/Raça
Logradouro	☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia
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 CLÍNICOS
1. Tipo de Exame histopatológico*

- ☐ Revisão de lâmina
☐ Imunohistoquímica
☐ Biópsia / Peça

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. Você está grávida ou amamentando?*

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

4. Tratamento anterior para câncer de mama?*

- ☐ Sim
☐ Não

4a. Tipo de tratamento

- ☐ Cirurgia mesma mama ☐ Radioterapia mesma mama
☐ Cirurgia outra mama ☐ Radioterapia outra mama
☐ Quimioterapia ☐ Hormônio

Data da Coleta*

/ /

Responsável*

5. Detecção da lesão:*

- ☐ Exame Clínico da Mama ☐ Imagem (não palpável)

5a. Diagnóstico de Imagem

- ☐ Microcalcificação ☐ Nódulo
☐ Distorção ☐ Assimetria

6. Característica da lesão*

- ☐ MAMA DIREITA ☐ MAMA ESQUERDA

Localização*

- ☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM
☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf
☐ RRA ☐ PA

TAMANHO*

- ☐ < 2cm ☐ 2 a 5cm ☐ Não palpável
☐ > 5 a 10cm ☐ > 10cm

7. Linfonodo axilar palpável?*

- ☐ Sim
☐ Não

8. Material enviado procedente de:*

- ☐ Biópsia incisional ☐ Excisão de ductos principais
☐ Biópsia excisional ☐ Mastectomia glandular
☐ Biópsia por agulha grossa (core biopsy) ☐ Mastectomia simples
☐ Ressecção segmentar ☐ Mastectomia radical e radical modificada
☐ Ressecção segmentar com esvaziamento axilar

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:*

RESULTADO

Procedimento cirúrgico*

☐ Biópsia incisional☐ Biópsia excisional☐ Biópsia por agulha grossa (core biopsy)☐ Ressecção segmentar☐ Mastectomia radical e radical modificada

☐ Excisão de ductos principais☐ Mastectomia glandular☐ Ressecção segmentar com esvaziamento axilar☐ Mastectomia simples

EXAME MACROSCÓPICO

Adequabilidade do material*

☐ Satisfatória☐ Insatisfatória por _____

TAMANHO DO TUMOR

Dimensão máxima tumor dominante

Dimensão máxima tumor secundário

EXAME MICROSCÓPICO

MICROCALCIFICAÇÕES*

☐ Sim☐ Não

LESÃO DE CARÁTER BENIGNO

☐ Hiperplasia ductal sem atípias☐ Hiperplasia ductal com atípias☐ Hiperplasia lobular com atípias☐ Adenose, SOE☐ Lesão esclerosante radial☐ Condição fibrocística☐ Fibroadenoma☐ Papiloma solitário☐ Papiloma múltiplo☐ Papilomatose florida do mamilo☐ Mastite☐ Outros _____

☐ CORE BIOPSY INDETERMINADA POR _____

☐ CORE BIOPSY SUSPEITA

LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)

☐ Carcinoma intraductal (in situ) de baixo grau histológico☐ Carcinoma intraductal (in situ) de grau intermediário☐ Carcinoma intraductal (in situ) de alto grau histológico☐ Carcinoma lobular in situ☐ Doença de Paget do mamilo sem tumor associado☐ Carcinoma ductal infiltrante☐ Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante☐ Carcinoma lobular invasivo☐ Carcinoma tubular☐ Carcinoma mucinoso☐ Carcinoma medular☐ Outros _____

TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO

☐ Sim - especifique _____☐ Não

Data do resultado

Responsável pelo resultado*

CRM*

OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS

Multifocalidade do tumor☐ Sim☐ Não☐ Não avaliableMulticentricidade do tumor☐ Sim☐ Não☐ Não avaliableGrau histológico☐ I☐ II☐ III☐ Não avaliableInvasão vascular☐ Sim☐ Não☐ Não avaliableInfiltração perineural☐ Sim☐ Não☐ Não avaliableEmbolização linfática☐ Sim☐ Não☐ Não avaliable

Extensão do tumor:

Pele☐ Sim. Com ulceração☐ Sim. Sem ulceração☐ Não☐ Não avaliable

Mamilo☐ Sim☐ Não☐ Não avaliableMúsculo peitoral☐ Sim☐ Não☐ Não avaliableFáscia do peitoral☐ Sim☐ Não☐ Não avaliableGradil costal☐ Sim☐ Não☐ Não avaliable

Margens Cirúrgicas☐ Livres (sem tumor detectável)☐ Comprometidas☐ Não avaliable

Linfonodos☐ Axilares☐ Supraclaviculares

Número de linfonodos avaliados

Número de linfonodos comprometidos:

☐ 0 (zero)☐ 1 a 3☐ 4 a 10☐ mais de 10

Presença de coalescência linfonodal☐ Sim☐ Não☐ Não avaliable

Extravasamento da cápsula linfonodal☐ Sim☐ Não☐ Não avaliable

Receptores hormonais:

Receptor de estrógeno☐ Positivo☐ Negativo☐ NR

Receptor de progesterona☐ Positivo☐ Negativo☐ NR

Outros estudos imuno-histoquímicos:

☐ Sim, especifique _____☐ Não

Observações

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

UQmed - União dos quadrantes mediais

UQinf - União dos quadrantes inferiores

RRA - Região retroareolar

PA - Prolongamento axilar