



REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF	CNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo
Unidade de Saúde		(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)
Código Município	Município	Prontuário
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
Cartão do SUS*	Sexo	
Name Completo do (a) paciente*	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Apelido do (a) paciente		
Name Completo da Mãe*		
CPF	Nacionalidade	
Data de Nascimento*	Idade*	Cor/Raça
/ /		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/Etnia
Dados Residenciais		
Logradouro		
Número	Complemento	
Bairro	Bairro	UF
Código do município	Município	
CEP	DDD	Telefone
Ponto de Referência		
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 (UNIDADE SOLICITANTE)		

1- Tem nódulo ou caroço na mama?*

- Sim, mama direita
- Sim, mama esquerda
- Não

2- Apresenta riacho 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?* I _ _ _ _ _ I Reconstrução mamária

- Sim
- Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?*

- Sim. Quando fez a última mamografia? Ano I _ _ _ _ _ I
- Não
- Não sabe

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

- Sim, mama direita I _ _ _ _ _ I
- Sim, mama esquerda I _ _ _ _ _ I
- Não
- Não sabe

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

- | | |
|---|---------------|
| Mama direita | Mama esquerda |
| I _ _ _ _ _ I Biópsia cirúrgica incisional | I _ _ _ _ _ I |
| I _ _ _ _ _ I Biópsia cirúrgica excisional | I _ _ _ _ _ I |
| I _ _ _ _ _ I Centralectomia | I _ _ _ _ _ I |
| I _ _ _ _ _ I Segmentectomia | I _ _ _ _ _ I |
| I _ _ _ _ _ I Ductectomia | I _ _ _ _ _ I |
| I _ _ _ _ _ I Mastectomia | I _ _ _ _ _ I |
| I _ _ _ _ _ I Mastectomia poupadora pele | I _ _ _ _ _ I |
| I _ _ _ _ _ I Mastectomia poupadore de pele | I _ _ _ _ _ I |
| ecomplexo aréolo-papilar | |
| I _ _ _ _ _ I Linfadenectomy axilar | I _ _ _ _ _ I |
| I _ _ _ _ _ I Biópsia de linfonodo sentinel | I _ _ _ _ _ I |

I _ _ _ _ _ I Reconstrução mamária

I _ _ _ _ _ I Mastoplastia redutora

I _ _ _ _ _ I Inclusão de implantes

Não fez cirurgia

