



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

Unidade de Saúde

Código Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão do SUS* Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Nome Completo do (a) paciente*

Apelido 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 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 ANAMNESIA (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?*

- ☐ Sim
☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?*

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

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

- ☐ Sim, mama direita
☐ Sim, mama esquerda
☐ Não
☐ Não sabe

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

Mama direita

Mama esquerda

Biópsia cirúrgica incisional

Biópsia cirúrgica excisional

Centralectomia

Segmentectomia

Ductectomia

Mastectomia

Mastectomia poupadora pele

Mastectomia poupadora de pele

ecomplexo aréolo-papilar

Linfadenctomia axilar

Biópsia de linfonodo sentinela

Reconstrução mamária

Mastoplastia redutora

Inclusão de implantes

☐ Não fez cirurgia

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7- Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

<input type="checkbox"/> mama direita <input type="checkbox"/> Lesão papilar Nódulo: <input type="checkbox"/> Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica 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"/> UQmed <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 Axililar Subclavicular	Mama esquerda <input type="checkbox"/> Lesão papilar <input type="checkbox"/> Cristalina Nódulo: <input type="checkbox"/> Descarga papilar <input type="checkbox"/> Hemorrágica 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"/> UQmed <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 Axililar Subclavicular
--	--

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

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"/> <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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 da solicitação* Responsável*
 ____/____/____ ____
 Número do Exame Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

7 – Mamografia Diagnóstica

7ª – Achados no exame clínico

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 supraclavicular)

7b- Controle radiológico de lesão 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 histopatológico, mas antes do tratamento

7d- Avaliação de resposta à quimioterapia neoadjuvante

Mamografia realizada em 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 par5a revisão de resultado

7f- Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno

Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de 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 história familiar (População de risco elevado – história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (paciente já tratados)
 Atenção: mastalgia 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
 UQ sup – União dos quadrantes superiores

UQINT - União dos quadrantes internos
 UQmed - União dos quadrantes mediais
 RRA - Região retroareolar
 RC - Região central (união de todos os quadrantes)
 PA – Prolongamento axilar
 NR – Não realizado