| ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) | são obrigatórios |
|--------------------------------------|------------------|
| AO: Os campos com as | * |
| ÃO: Os campos | asi |
| ŘÖ | com |
| ŘÖ | campos |
| ATENÇÃO : | S |
| ATENÇÃO | ö |
| ATENÇ/ | Ž |
| ATEN | Š |
| | ATEN |

| MINISTÉRIO | DA SAÚDE | | | | RE | QUIS | | | EXA | | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------|---------------------------|----------|-----------------|-------------------|----------|------------|-----------|----------------------|-----------|-----------|------------|-----------|----------|---------|---------|-----------|
| HE | C | IES da Unidade de S | aúda | | | | P | rogra | ma Na | cional | de C | ontrol | e do C | ânce | er de | Man | 10 |
| UF | CN | IES da Unidade de S | avae | | | Nº Pro | tocolo | | | | | | | | | | |
| Unidade de Saúde | | | | | | | | (nº ger | ado auto | omatica | mente p | elo SISO | CAN) | | | | |
| Cédina da Municípia | | inia | | | | | | | | Pront | | | | | | | |
| Código do Município | MUNIC | ipio | 1 1 | 1 1 | 1 1 | 1 | 1 | 1 1 | ı | PIOIII | luario | ı | | 1 | ı | 1 | ı |
| | | | | NEODMACÕ | LC DEC | COAIC | | | | | | | | | | | |
| Cartão SUS* | | | | NFORMAÇÕ Sex | | SUAIS | | | | | | | | | | | |
| | 1 1 1 1 | | 1 1 | Sex | .o Masci | ulino | Eon | ninino | | | | | | | | | |
| Nome completo do(a) pa | ciente* | | | | Musc | JIIIO L | 1 611 | 11111110 | | 1 1 | | | | | | | |
| | | | | Δne | lido do | (a) paci | ente | | | | | | | | | | ┙ |
| | | | | | | (u) puch | | | | | | | | | | | _ |
| Nome completo da mãe* | 1 1 1 1 | | 1 1 | 1 1 | 1 | 1 1 | ı | 1 1 | ĺ | 1 1 | 1 1 | 1 | 1 1 | | 1 | 1 | 1 |
| CPF | | | | | 40 | | | | | | | | | | | | |
| | | | [| lucionunuu | 16 | | | | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento* | 1,111 | Idade | R | aça/cor | | | ۱ م | | | ┌,, | · | · | ı | | | | 1 |
| Dados Residenciais | / | | | Branca | | eta | Parda | A | marela | Ind | lígena/ l | tnia | | | | | |
| Logradouro | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N/correct | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número | Con | nplemento | 1 1 | | | 1 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 1 | 1 | 1 1 | | | | ı |
| | | | | | Bairro | | | İ | | | | | | | UF _ | | |
| Código do Município | Mun | icípio | 1 1 | 1 1 | ı | 1 1 | 1 | | 1 | | | | | | | | |
| CEP | | | | | | DDD | | | Telefone | 9 | | | | | | | |
| | | 1 | | | | | | | | | | - | | | | | |
| Ponto de Referência | 1 1 1 1 | | 1 1 | 1 1 | ı | 1 1 | ı | 1 1 | ı | ı | 1 1 | | 1 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Escolaridade: Analf | abeto(a) Ensino | Fundamental Incom | nloto | Ensino Fu | ındama | ntal Cor | nnloto | | sino Méd | lio Com | nloto [| Enci | ino Sup | orior | Comple | nto. | |
| LStolulluude: Alluli | ubelo(u) Liisiilo | i oliuulileiliul ilitoili | • | DADOS DA | | | iihieio | LII. | SIIIO MIGU | IIU CUIII | hieio [| LIISI | illo 30þ | CIIUI | compi | 710 | |
| . Achou recentemente um | nódulo ou caroço na ma | ıma? (Há menos de 1 | | | | | evado* | para câi | ncer de n | nama?* | · | | | | | | |
| Sim, mama direita | 3 | , | , | | Sim | | · | | | | | | | | | | |
| Sim, mama esquerda | | | | | Ëo | | | | | | | | | | | | |
| Não | | | | | lão sab | | | | | | | | | | | | |
|) Vasê asté suévida av sus | da | | | | elevad res com | | amiliar. | de pelo i | nenos, ur | n parent | e de prim | neiro ara | u com di | aanóst | ico de: | | |
| !. Você está grávida ou amo — Sim | umemunuo: | | | - cân | cer de m | ama ant | es dos 50 |) anos de | idade; | | | | | 5 | | | |
| Não | | | | | | | | | e ovário e de mam | | | ı etária; | | | | | |
| Não sabe | | | | Mulhe | res com | diagnóst | ico histop | oatológic | o de lesão | o mamái | | erativa co | om atipia | ou ne | oplasia | lobulaı | r in situ |
| Nuo sube | | | EV. | | | - | | e câncer | de mama | 1 | | | | | | | |
| . Descrição do exame | | | ĿΧ | AME CLÍNIC | U DAS | MAMAS | | | | | | | | | | | |
| . 2030 Içub ub exullic | | M A M A | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descarga papilar | | MAMA | | | | | | | ervação: ormulári | | | | | | | | |
| Cristalina | Hemorrágica | | | | | | | | erão ser e | | | | | | | viiiiu0 | 3 |
| Nódulo (tumor) | Hemorragica | | | | | | | | | | • | | | | | | |
| Sólido | Sólido-cístico | Cístico | | | | | | | | | | | | | | | |
| Localização | Solido tishto | cisiteo | | | | | | | | | | | | | | | |
| QSL | QIL | QSM | QIM | | UQlat | | | | | | | | | | | | |
| UQsup | UQmed | UQinf | RRA | \ | PA | | | 4 T | em tumo | vr rocidi | ıal anác | nuncão | .9 | | | | |
| | | | | | | | | U. I | Sim | וונטועל | ou uhos | houlfao | ·: | | | | |
| Material enviado:* | | | | | | | | | Não | | | | | | | | |
| Mama direita | | Descarga pap | oilar | | | | | 7. T | umor sól | lido nur | ncionada | é o tun | nor resid | dual? | | | |
| | | Punção aspir | ativa | | | | | | Sim | poi | | _ = 1011 | | | | | |
| Mama esquerda | | Conteúdo císt | rico | | | | | | Não | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 8. N | lúmero d | de lâmir | nas/ml e | nviadas | s(os):* | <u> </u> | | | |
| ata da Coleta* | | Respo | nsável* | | | | | | | | | | | | | | |
| | / | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | IDENTIFICAÇÃO DO LAB | ORATÓRIO | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|
| CNES do Laboratório* | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Número do Exame* | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Nome do Prestador de serviço | | Recebido em:* | | | | | |
| | RESULTADO | | | | | | |
| Localização:* | | Adequabilidade do material* | | | | | |
| Mama direita Mama esquerda | | ☐ Satisfatório | | | | | |
| Material recebido - nº de lâminas/ml* | | Insatisfatório por | | | | | |
| RESULTADO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA | | | | | | | |
| Processos Benignos. Negativo para malignidade con | npatível com: | Padrão citopatológico suspeito para malignidade: | | | | | |
| Mastite | | Lesão epitelial proliferativa com atipias | | | | | |
| Abscesso subareolar recorrente | | Outros | | | | | |
| Fibroadenoma | | | | | | | |
| ☐ Necrose gordurosa | | | | | | | |
| Condição fibrocística mamária | | Padrão citopatológico positivo para malignidade compatível com: | | | | | |
| Lesão epitelial benigna proliferativa sem atipias | | Carcinoma ductal | | | | | |
| Outros (exclusivamente benignos) | | Carcinoma lobular | | | | | |
| | | Outros (exclusivamente malignos) | | | | | |
| Padrão citopatológico de malignidade indeterminad | a somunitud som | | | | | | |
| Tumor papilar | a companyer com: | | | | | | |
| ☐ Tumor filóide | | | | | | | |
| Outros | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | RESULTADO DA DESCARGA PAPILAR | / CONTEÚDO CÍSTICO | | | | | |
| Padrão citopatológico da amostra | | | | | | | |
| Material acelular | | | | | | | |
| Negativo para malignidade | | | | | | | |
| Padrão citopatológico de malignidade indeterminada | | | | | | | |
| Positivo para malignidade | | | | | | | |
| Consistente com lesão papilar | | | | | | | |
| Consistente com processo inflamatório | | | | | | | |
| Observações: | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Data do resultado* | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Responsável* | CRM* | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Localização | | | | | | | |
| Localização QSL - Quadrante superior lateral | UQsup - União dos quadrantes superio | res | | | | | |
| QIL - Quadrante inferior lateral | UQmed - União dos quadrantes media | | | | | | |
| OSM Quadrante cuperior medial | HALF HIM I I I I I I | | | | | | |

QIM - Quadrante inferior medial **UQlat** - União dos quadrantes laterais **UQinf** - União dos quadrantes inferiores

RRA - Região retroareolar **PA** - Prolongamento axilar