

UF CNES

Unidade de Saúde

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

Identidade Órgão Emissor UF CNPF (CPF)

Data de Nascimento / / Idade Raça/cor Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia

Dados Residenciais Logradouro Nacionalidade

Número Complemento

Bairro UF

Código do Município Município

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: Analfabeta 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 1 mês)

Sim, mama direita
 Sim, mama esquerda
 Não

2. Você está grávida ou amamentando?

Sim
 Não
 Não sabe

3. 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

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

4. Descrição do exame

MAMA	
Descarga papilar	<input type="checkbox"/> Hemorrágica
<input type="checkbox"/> Cristalina	
Nódulo (tumor)	<input type="checkbox"/> Cístico <input type="checkbox"/> Sólido-cístico
<input type="checkbox"/> Sólido	
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 punccionado é o tumor residual?

Sim
 Não

8. Número de lâminas/ml enviadas(os):

Data da Coleta / / Examinador

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório

Número do Exame

Nome do Laboratório

Recebido em:

____ / ____ / _____

RESULTADO

Localização:

Mama direita

Mama esquerda

Adequabilidade do material

Satisfatório

Material recebido - nº de lâminas/ml

Insatisfatório por _____

RESULTADO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA

Processos Benignos. Negativo para malignidade compatível com:

Mastite

Abscesso subareolar recorrente

Fibroadenoma

Necrose gordurosa

Condição fibrocística mamária

Lesão epitelial benigna proliferativa sem atipias

Outros (exclusivamente benignos) _____

Padrão citopatológico suspeito para malignidade:

Lesão epitelial proliferativa com atipias

Outros _____

Padrão citopatológico positivo para malignidade compatível com:

Carcinoma ductal

Carcinoma lobular

Outros (exclusivamente malignos) _____

Padrão citopatológico de malignidade indeterminada compatível com:

Tumor papilar

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 da liberação do resultado

____ / ____ / _____

Médico Responsável pelo resultado

CRM

CNPF(CPF)

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