

UF _____ Código da Unidade de Saúde (CNES) _____
 Unidade de Saúde _____
 Código do Município _____ Município _____ Prontuário _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS _____ Sexo Masculino Feminino
 Nome completo do(a) paciente _____ Apellido do(a) paciente _____
 Nome completo da mãe _____
 Identidade _____ Órgão Emissor _____ UF _____ CNPF (CPF) _____
 Data de Nascimento ____/____/____ Idade _____ Cor/Raça _____
 Branca Preta Parda Amarela Indígena/ Etnia _____
 Dados Residenciais Nacionalidade _____
 Logradouro _____
 Número _____ Complemento _____
 Código do Município _____ Município _____ Bairro _____ UF _____
 CEP _____ - _____ DDD _____ Telefone _____ - _____
 Ponto de Referência _____
 ESCOLARIDADE: Analfabeta 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

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) Ressecção segmentar com esvaziamento axilar
 Biópsia estereotáxica Mastectomia simples
 Ressecção segmentar Mastectomia radical e radical modificada

Data da Coleta ____/____/____

Examinador _____

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

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ do Laboratório _____ Número do Exame _____
 Nome do Laboratório _____ Recebido em: ____/____/____

RESULTADO

Procedimento cirúrgico
 Biópsia incisional Biópsia excisional Biópsia por agulha grossa (core biopsy) Biópsia estereotáxica Ressecção segmentar
 Excisão de ductos principais Mastectomia glandular Ressecção segmentar com esvaziamento axilar Mastectomia simples Mastectomia radical e radical modificada
 Recebido em ____/____/____

EXAME MACROSCÓPICO

Adequabilidade do material
 Satisfatória Insatisfatória por _____

TAMANHO DO TUMOR							
Dimensão máxima tumor dominante				Dimensão máxima tumor secundário			
<input type="checkbox"/> < 2cm	<input type="checkbox"/> 2 - 5cm	<input type="checkbox"/> > 5cm	<input type="checkbox"/> Não avaliável	<input type="checkbox"/> < 2cm	<input type="checkbox"/> 2 - 5cm	<input type="checkbox"/> > 5cm	<input type="checkbox"/> Não avaliável

EXAME MICROSCÓPICO

MICROCALCIFICAÇÕES

Sim Não

LESÃO DE CARÁTER BENIGNO

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

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 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

OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS

Multifocalidade do tumor Sim Não Não avaliável
 Multicentricidade do tumor Sim Não Não avaliável
 Grau histológico I II III Não avaliável
 Invasão vascular Sim Não Não avaliável
 Infiltração perineural Sim Não Não avaliável
 Embolização linfática Sim Não Não avaliável

Extensão do tumor:
 Pele Sim. Com ulceração Sim. Sem ulceração
 Não Não avaliável

Mamilo Sim Não Não avaliável
 Músculo peitoral Sim Não Não avaliável
 Fáscia do peitoral Sim Não Não avaliável
 Gradil costal Sim Não Não avaliável

Margens Cirúrgicas Livres (sem tumor detectável) Comprometidas Não avaliável
 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 avaliável
 Extravasamento da cápsula linfonodal Sim Não Não avaliável

Receptores hormonais:
 Receptor de estrógeno Positivo Negativo NR
 Receptor de progesterona Positivo Negativo NR

Outros estudos imuno-histoquímicos:
 Sim, especifique _____
 Não

Observações _____