

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

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão 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  UF   
 Código 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 ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama?\*

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

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 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?\*

- ☐ Sim  
☐ Nunca foram examinadas anteriormente  
☐ Não sabe

4- Fez mamografia alguma vez?\*

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

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

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

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

Mama direita		Mama esquerda
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica incisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia cirúrgica excisional	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Centralectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Segmentectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Dutectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora pele	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Linfadenectomia axilar	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Biópsia de linfonodo sentinela	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Reconstrução mamária	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Mastoplastia redutora	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Inclusão de implantes	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Não fez cirurgia	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA\*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

<b>Mama direita</b> <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: 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 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 <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular	<b>Mama esquerda</b> <input type="checkbox"/> Lesão papilar Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica Nódulo: 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 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 <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular
--	---

<input type="checkbox"/> 7b. Controle radiológico Categoria 3 <b>Mama direita</b> <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 <b>Mama esquerda</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7c. Lesão com diagnóstico de câncer <b>Mama direita</b> <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 <b>Mama esquerda</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante <input type="checkbox"/> Mama direita <input type="checkbox"/> Mama esquerda
--	---	--

<input type="checkbox"/> 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição <b>Mama direita</b> <input type="checkbox"/> Categoria 0 <input type="checkbox"/> Categoria 3 <input type="checkbox"/> Categoria 4 <input type="checkbox"/> Categoria 5 <b>Mama esquerda</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno <b>Mama direita</b> <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 <b>Mama esquerda</b> <input type="checkbox"/> <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 de 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 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 para 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 histórico familiar (População de risco elevado - história familiar) ou histórico pessoal de câncer de mama (pacientes 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  
UQsup - União dos quadrantes superiores

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