2.000 folhas

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF

CNES da Unidade de Saúde

Nº Protocolo
(nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Unidade de Saúde

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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

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
	Biópsia cirúrgica incisional	
	Biópsia cirúrgica excisional	
	Centralectomia	
	Segmentectomia	
	Dutectomia	
	Mastectomia	
	Mastectomia poupadora pele	
	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	
	Linfadenectomia 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

Mama direita

☐ Lesão papilar

Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar

Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita

☐ Mama esquerda

☐ 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição

Mama direita		Mama esquerda
☐	Categoria 0	☐
☐	Categoria 3	☐
☐	Categoria 4	☐
☐	Categoria 5	☐

☐ 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	Linfonodo axilar	☐

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