

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRA

Programa Nacional de Controle do Câncer de M

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
(n° 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

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"/>

☐ Não fez cirurgia

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita					Mama esquerda				
<input type="checkbox"/> Lesão papilar					<input type="checkbox"/> Lesão papilar				
Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica					Descarga papilar <input type="checkbox"/> Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorrágica				
Nódulo:					Nódulo:				
Localização					Localização				
<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQlat	<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	<input type="checkbox"/> UQsup	<input type="checkbox"/> UQmed	<input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> RRA	<input type="checkbox"/> PA
Espessamento:					Espessamento:				
Localização					Localização				
<input type="checkbox"/> QSL	<input type="checkbox"/> QIL	<input type="checkbox"/> QSM	<input type="checkbox"/> QIM	<input type="checkbox"/> UQlat	<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	<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					Linfonodo palpável <input type="checkbox"/> Axilar <input type="checkbox"/> Supraclavicular				

<input type="checkbox"/> 7b. Controle radiológico Categoria 3		<input type="checkbox"/> 7c. Lesão com diagnóstico de câncer		<input type="checkbox"/> 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante	
Mama direita	Mama esquerda	Mama direita	Mama esquerda	Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Mama esquerda
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> microcalcificação		
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> assimetria focal		
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> assimetria difusa		
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> área densa		
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> distorção focal		
<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> linfonodo axilar		

<input type="checkbox"/> 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição		<input type="checkbox"/> 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno	
Mama direita	Mama esquerda	Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> nódulo
<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/> microcalcificação
<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> assimetria focal
<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> assimetria difusa
		<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> área densa
		<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> distorção focal
		<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> 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 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 de 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

UQinf - União dos quadrantes inferiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
RRA - Região retroareolar
RC - Região central (união de todos os quadrantes)