

MINISTÉRIO DA SAÚDE REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo Unidade de Saúde Código Municipio Municipio Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Nome Completo do(a) Paciente* Apellido do(a) Paciente Nome Completo da Mãe* CPF Nacionalidade

Data de Nascimento* Idade* Cor/Raça

Dados Residenciais Logradouro Número Complemento Bairro UF Código Municipio Municipio CEP DDD Telefone Ponto de Referência Escolaridade

DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)

1 - Tem nódulo ou caroço na mama? 2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama? 3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde? 4 - Fez mamografia alguma vez? 5 - Fez radioterapia na mama ou no plastrão? Em que ano? 6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano? Mama direita Mama esquerda

* 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

ATENÇÃO: Os campos com asterístico (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

7a. Achados no exame clínico

Mama direita <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		Mama esquerda <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	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar	<input type="checkbox"/>

7d. Avaliação da resposta de QT neo-adjuvante

Mama direita
 Mama esquerda

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

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/>

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

Mama direita	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> microcalcificação	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar	<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	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)
7a - Achados no exame clínico	
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 neo-adjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neo-adjuvante, 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 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 (Paciente já tratados) Atenção: mástalgia 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 Uqint - União dos quadrantes internos UQmed - União dos quadrantes mediais RRA - Região retroareolar RC - região central (união de todos os quadrantes) PA - Prolongamento axilar NR - Não realizado
-------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------