



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Utero e da Mama

UF	CNES
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unidade de Saúde	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do Município	Município
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Prontuário
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS	Sexo
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Nome completo do(a) paciente	
<input type="text"/>	Apelido do(a) paciente
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome completo da mãe	
<input type="text"/>	
Identidade	Órgão Emissor
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Nascimento	Idade
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Cor/Raça
	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena
Dados Residenciais	
Logradouro	
<input type="text"/>	
Número	Complemento
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Bairro
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código do Município	Município
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEP	DDD
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Telefone
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ponto de Referência	
<input type="text"/>	
ESCOLARIDADE:	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Achou recentemente um nódulo ou caroço na mama? (Há menos de 1 mês)	3. Apresenta risco elevado* para câncer de mama?
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sabe
2. Você está grávida ou amamentando?	* Risco elevado são:
<input type="checkbox"/> Sim	Mulheres com história familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de:
<input type="checkbox"/> Não	- câncer de mama antes dos 50 anos de idade;
<input type="checkbox"/> Não sabe	- 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 <i>in situ</i>

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

4. Descrição do exame

MAMA				
Descarga papilar				
<input type="checkbox"/> Cristalina	<input type="checkbox"/> Hemorrágica			
Nódulo (tumor)				
<input type="checkbox"/> Sólido	<input type="checkbox"/> Cístico	<input type="checkbox"/> Sólido-cístico		
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

Observação: em caso de múltiplas lesões deverá ser preenchido um formulário para cada lesão e os diferentes materiais colhidos deverão ser enviados para um mesmo laboratório.

5. Material enviado:

<input type="checkbox"/> Mama direita	<input type="checkbox"/> Descarga papilar
<input type="checkbox"/> Mama esquerda	<input type="checkbox"/> Punção aspirativa
	<input type="checkbox"/> Conteúdo cístico

6. Tem tumor residual após punção?

☐ Sim
☐ Não

7. Tumor sólido puncionado é o tumor residual?

☐ Sim
☐ Não

8. Número de lâminas/ml enviadas(os):

Data da Coleta

Examinador

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

