



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO - MAMA

Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
(n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Código do 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

Código do Município Município Bairro UF

CEP - DDD Telefone -

Ponto de Referência

ESCOLARIDADE: ☐ Analfabeto(a) ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo

DADOS CLÍNICOS

1. Tipo de Exame histopatológico*

- ☐ Revisão de lâmina
☐ Imunohistoquímica
☐ Biópsia / Peça

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. Você está grávida ou amamentando?*

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Não sabe

4. Tratamento anterior para câncer de mama?*

- ☐ Sim
☐ Não

4a. Tipo de tratamento

- ☐ Cirurgia mesma mama ☐ Radioterapia mesma mama
☐ Cirurgia outra mama ☐ Radioterapia outra mama
☐ Quimioterapia ☐ Hormônio

Data da Coleta* / /

Responsável*

5. Detecção da lesão:*

- ☐ Exame Clínico da Mama ☐ Imagem (não palpável)

5a. Diagnóstico de Imagem

- ☐ Microcalcificação ☐ Nódulo
☐ Distorção ☐ Assimetria

6. Característica da lesão*

- ☐ MAMA DIREITA ☐ MAMA ESQUERDA

Localização*

- ☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM
☐ UQlat ☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf
☐ RRA ☐ PA

TAMANHO*

- ☐ < 2cm ☐ 2 a 5cm ☐ Não palpável
☐ > 5 a 10cm ☐ > 10cm

7. Linfonodo axilar palpável?*

- ☐ Sim
☐ Não

8. Material enviado procedente de:*

- ☐ Biópsia incisional ☐ Excisão de ductos principais
☐ Biópsia excisional ☐ Mastectomia glandular
☐ Biópsia por agulha grossa (core biopsy) ☐ Mastectomia simples
☐ Ressecção segmentar ☐ Mastectomia radical e radical modificada
☐ Ressecção segmentar com esvaziamento axilar

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Laboratório*

Recebido em:*

RESULTADO

Procedimento cirúrgico*

☐ Biópsia incisional☐ Biópsia excisional☐ Biópsia por agulha grossa (core biopsy)☐ Ressecção segmentar☐ Mastectomia radical e radical modificada

☐ Excisão de ductos principais☐ Mastectomia glandular☐ Ressecção segmentar com esvaziamento axilar☐ Mastectomia simples

EXAME MACROSCÓPICO

Adequabilidade do material*

☐ Satisfatória☐ Insatisfatória por _____

TAMANHO DO TUMOR							
Dimensão máxima tumor dominante				Dimensão máxima tumor secundário			
<input type="checkbox"/> < 2cm	<input type="checkbox"/> 2 a 5cm	<input type="checkbox"/> > 5cm	<input type="checkbox"/> Não avaliável	<input type="checkbox"/> < 2cm	<input type="checkbox"/> 2 a 5cm	<input type="checkbox"/> > 5cm	<input type="checkbox"/> Não avaliável

EXAME MICROSCÓPICO

MICROCALCIFICAÇÕES*
☐ Sim☐ Não

LESÃO DE CARÁTER BENIGNO
☐ Hiperplasia ductal sem atipias
☐ Hiperplasia ductal com atipias
☐ Hiperplasia lobular com atipias
☐ Adenose, SOE
☐ Lesão esclerosante radial
☐ Condição fibrocística
☐ Fibroadenoma
☐ Papiloma solitário
☐ Papiloma múltiplo
☐ Papilomatose florida do mamilo
☐ Mastite
☐ Outros _____

☐ **CORE BIOPSY INDETERMINADA POR** _____

☐ **CORE BIOPSY SUSPEITA**

LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)
☐ Carcinoma intraductal (in situ) de baixo grau histológico
☐ Carcinoma intraductal (in situ) de grau intermediário
☐ Carcinoma intraductal (in situ) de alto grau histológico
☐ Carcinoma lobular in situ
☐ Doença de Paget do mamilo sem tumor associado
☐ Carcinoma ductal infiltrante
☐ Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante
☐ Carcinoma lobular invasivo
☐ Carcinoma tubular
☐ Carcinoma mucinoso
☐ Carcinoma medular
☐ Outros _____

TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO
☐ Sim - especifique _____
☐ Não

Data do resultado _____

Responsável pelo resultado* _____ CRM* _____

Localização
QSL - Quadrante superior lateral
QIL - Quadrante inferior lateral
QSM - Quadrante superior medial
QIM - Quadrante inferior medial
UQlat - União dos quadrantes laterais

OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS
Multifocalidade do tumor ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável
Multicentricidade do tumor ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável
Grau histológico ☐ I☐ II☐ III☐ Não avaliável
Invasão vascular ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável
Infiltração perineural ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável
Embolização linfática ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável

Extensão do tumor:
Pele ☐ Não☐ Sim. Com ulceração☐ Sim. Sem ulceração
☐ Não☐ Não avaliável

Mamilo ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável
Músculo peitoral ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável
Fáscia do peitoral ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável
Gradil costal ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável
Margens Cirúrgicas ☐ Livres (sem tumor detectável)☐ Comprometidas☐ Não avaliável

Linfonodos ☐ Axilares☐ Supraclaviculares
Número de linfonodos avaliados _____
Número de linfonodos comprometidos:
☐ 0 (zero)☐ 1 a 3☐ 4 a 10☐ mais de 10
Presença de coalescência linfonodal ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável
Extravasamento da cápsula linfonodal ☐ Sim☐ Não☐ Não avaliável

Receptores hormonais:
Receptor de estrogênio ☐ Positivo☐ Negativo☐ NR
Receptor de progesterona ☐ Positivo☐ Negativo☐ NR

Outros estudos imuno-histoquímicos:
☐ Sim, especifique _____
☐ Não

Observações _____

UQsup - União dos quadrantes superiores
UQmed - União dos quadrantes mediais
UQinf - União dos quadrantes inferiores
RRA - Região retroareolar
PA - Prolongamento axilar