



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



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

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
<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"/>
<input type="checkbox"/>	Não fez cirurgia	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) 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
--	---

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

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

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