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

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

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
	Biópsia cirúrgica incisional	
	Biópsia cirúrgica excisional	
	Centralectomia	
	Segmentectomia	
	Dutectomia	
	Mastectomia	
	Mastectomia poupadora pele	
	Mastectomia poupadora de pele e complexo aréolo-papilar	
	Linfadenectomia axilar	
	Biópsia de linfonodo sentinela	
	Reconstrução mamária	
	Mastoplastia redutora	
	Inclusão de implantes	

☐ Não fez cirurgia

INDICAÇÃO CLÍNICA*

7 - Mamografia diagnóstica

☐ 7a. Achados no exame clínico

Mama direita

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

Mama esquerda

☐ Lesão papilar — Descarga papilar ☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q IM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Espessamento:
Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ Q I M ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ UQinf ☐ RRA ☐ PA

Linfonodo palpável ☐ Axilar ☐ Supraclavicular

☐ 7b. Controle radiológico Categoria 3

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7c. Lesão com diagnóstico de câncer

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	linfonodo axilar	☐

☐ 7d. Avaliação da resposta de QT neoadjuvante

☐ Mama direita

☐ Mama esquerda

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

Mama direita		Mama esquerda
☐	Categoria 0	☐
☐	Categoria 3	☐
☐	Categoria 4	☐
☐	Categoria 5	☐

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

Mama direita		Mama esquerda
☐	nódulo	☐
☐	microcalcificação	☐
☐	assimetria focal	☐
☐	assimetria difusa	☐
☐	área densa	☐
☐	distorção focal	☐
☐	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 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