26

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

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

UF

Código da Unidade de Saúde (CNES)

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

Identidade

Órgão Emissor

UF

CNPF (CPF)

Data de Nascimento / /

Idade

Cor/Raça

☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código Município

Município

CEP -

DDD

Telefone -

Ponto de Referência

Escolaridade

☐ Analfabeta ☐ 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*.

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

☐ Sim

☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4 - Fez mamografia alguma vez?

☐ Sim. Quando fez a última mamografia?

☐ Não

☐ Não sabe

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

Cód. 0709

Gráfica Propapel Digital: (35) 3422-3552

nº 332