



DOCUMENTO NORTEADOR COLOPROCTOLOGIA

NOME: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____

CNS: _____ C.S.: _____ F.F.: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

TEMPO DE AGRAVO: | < 6 MESES | 6 MESES - 1 ANO | > 1 ANO

SUSPEITA DE CCR | SIM | NÃO

AVALIAÇÃO DE RISCO
| VERMELHO | AMARELO | VERDE | AZUL

CRITÉRIO DE IDADE

MAIS DE 40 ANOS:			
•	MASSA ABDOMINAL PALPÁVEL	SIM	NÃO
•	DOR ABDOMINAL / RETAL	SIM	NÃO
•	TENESMO SOM OUTRA ORIGEM IDENTIFICADA	SIM	NÃO
MAIS DE 50 ANOS:			
•	SANGRAMENTO RETAL E DOR ABDOMINAL / RETAL	SIM	NÃO
•	TENESMO	SIM	NÃO
•	EMAGRECIMENTO	SIM	NÃO
•	ALTERAÇÃO DE HÁBITO INTESTINAL PERSISTENTE	SIM	NÃO
•	SANGRAMENTO NÃO ATRIBUÍVEL À DOENÇA ORIFICIAL	SIM	NÃO
•	ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO SEM CAUSA DEFINIDA	SIM	NÃO
MAIS DE 60 ANOS:			
•	ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO SEM CAUSA DEFINIDA	SIM	NÃO
•	ALTERAÇÃO DE HÁBITO INTESTINAL PERSISTENTE	SIM	NÃO
EXAME FÍSICO / LABORATORIAL:			DATA DE REALIZAÇÃO
•	ALTERAÇÃO INSPEÇÃO VISUAL DE REGIÃO ABDOMINAL E ANAL	SIM	NÃO
•	ALTERAÇÃO AO TOQUE RETAL	SIM	NÃO
•	MASSA PALPÁVEL ABDOMINAL	SIM	NÃO
•	SANGUE OCULTO POSITIVO	SIM	NÃO
HISTÓRICO FAMILIAR:			GRAU DE PARENTESCO
•	ADENOMA COLORRETAL	SIM	NÃO
•	CÂNCER COLORRETAL	SIM	NÃO
HISTÓRICO PESSOAL:			
•	ADENOMA COLORRETAL	SIM	NÃO
•	CÂNCER COLORRETAL	SIM	NÃO
•	DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL	SIM	NÃO

LOCAL E DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE: