



REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DA MAMA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

UF: **S P** | CÓDIGO DA UNIDADE DE SAÚDE (CNES):

UNIDADE DE SAÚDE:

CÓDIGO MUNICÍPIO: **3 5 0 9 5 0 2** | MUNICÍPIO: **C A M P I N A S** | PRONTUÁRIO:

INFORMAÇÕES PESSOAIS

CARTÃO SUS: | SEXO: MASCULINO FEMININO

NOME COMPLETO DO(A) PACIENTE:

APELIDO DO(A) PACIENTE:

NOME COMPLETO DA MÃE:

IDENTIDADE: | ORGÃO EMISSOR: | UF: | CNPF (CPF):

DATA DE NASCIMENTO: | IDADE:

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 - Achou recentemente um nódulo ou caroço na mama? (Há menos de 1mês) Sim, mama direita Sim, mama esquerda Não
 2 - Você está grávida ou amamentando? Sim Não Não sabe
 3 - 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*.

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

4 - Descrição do exame Mama

Descarga papilar		Nódulo (tumor)			Localização									
Cristalina	Hemorrágica	Sólido	Cístico	Sólido-Cístico	QSE	QIE	QSI	QII	UQext	UQsup	UQint	UQinf	RRA	PA

Observação: em caso de múltiplas lesões deverá ser preenchido um formulário para cada lesão e os diferentes materiais colhidos deverão ser enviados para um mesmo laboratório.

- 5 - Material enviado Mama direita Mama esquerda Descarga papilar Punção aspirativa Conteúdo cístico
- 6 - Tem tumor residual após punção? Sim Não
- 7 - Tumor sólido puncionado é o tumor residual? Sim Não
- 8 - Número de lâminas / ml enviadas(os)

DATA DA COLETA: | EXAMINADOR:

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

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNPJ DO LABORATÓRIO:

NÚMERO DO EXAME:

NOME DO LABORATÓRIO:

RECEBIDO EM:

RESULTADO

Localização:

Adequabilidade do material:

 Mama direita Mama esquerda Satisfatório

Material recebido - nº de lâminas / ml

 Insatisfatório por _____**RESULTADO DA PUNÇÃO ASPIRATIVA**

Processos Benignos. Negativo para malignidade compatível com:

 Mastite Abscesso subareolar recorrente Fibroadenoma Necrose gordurosa Condição fibrocística mamária Lesão epitelial benigna proliferativa sem atipias Outros (exclusivamente benignos) _____

Padrão citopatológico de malignidade indeterminada compatível com:

 Tumor papilar Tumor filóide Outros: _____

Padrão citopatológico suspeito para malignidade:

 Lesão epitelial proliferativa com atipias Outros: _____

Padrão citopatológico positivo para malignidade compatível com:

 Carcinoma ductal Carcinoma lobular Outros (exclusivamente malignos): _____**RESULTADO DA DESCARGA PAPILAR / CONTEÚDO CÍSTICO**

Padrão citopatológico da amostra:

 Material acelular Negativo para malignidade Padrão citopatológico de malignidade indeterminada Positivo para malignidade Consistente com lesão papilar Consistente com processo inflamatório

Observações: _____

DATA DA LIBERAÇÃO DO RESULTADO:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO RESULTADO:

CRM:

CNPJ(CPF):

Localização**QSE** - Quadrante superior externo**UQext** - União dos quadrantes externos**RRA** - Região retroareolar**QIE** - Quadrante inferior externo**UQsup** - União dos quadrantes superiores**PA** - Prolongamento axilar**QSI** - Quadrante superior interno**UQint** - União dos quadrantes internos**QII** - Quadrante inferior interno**UQinf** - União dos quadrantes inferiores