



## ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

DATA:

NOME DO PACIENTE:

MATRÍCULA FF:

IDADE:

MÉDICO SOLICITANTE:

UNIDADE DE SAÚDE:

PELE:

TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO

SUBSTITUIÇÃO FIBROADIPOSA

### MAMA DIREITA

NÓDULOS:

AUSENTES

PRESENTES:

CISTOS:

AUSENTES

PRESENTES:

PARÊNQUIMA:

### MAMA ESQUERDA

NÓDULOS:

AUSENTES

PRESENTES:

CISTOS:

AUSENTES

PRESENTES:

PARÊNQUIMA:

### AXILAS

### CONCLUSÃO

DATA:

ASSINATURA / CARIMBO DO MÉDICO