MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - MAMA

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 do 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

Raça/cor
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena/ Etnia

Dados Residenciais

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

UF

Código do 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

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
Mulheres com história pessoal de câncer de mama

EXAME CLÍNICO DAS MAMAS

4. Descrição do exame

MAMA

Descarga papilar
☐ Cristalina ☐ Hemorrágica

Nódulo (tumor)
☐ Sólido ☐ Sólido-cístico ☐ Cístico

Localização
☐ QSL ☐ QIL ☐ QSM ☐ QIM ☐ UQlat
☐ UQsup ☐ UQmed ☐ 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	☐ Descarga papilar ☐ Punção aspirativa ☐ Conteúdo cístico
☐ Mama esquerda	

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* / /

Responsável*

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório*

Número do Exame*

Nome do Prestador de serviço

Recebido em:* / /

RESULTADO

Localização:*

☐ Mama direita ☐ Mama esquerda

Material recebido - nº de lâminas/ml*

Adequabilidade do material*

☐ Satisfatório

☐ 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 do resultado* / /

Responsável*

CRM*

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
UQmed - União dos quadrantes mediais
UQinf - União dos quadrantes inferiores
RRA - Região retroareolar
PA - Prolongamento axilar