

UF  CNES da Unidade de Saúde  N° Protocolo   
(n° 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\*  Cor/Raça  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

**DADOS CLÍNICOS**

1. Tipo de Exame histopatológico\*  
 Revisão de lâmina  
 Imunohistoquímica  
 Biópsia / Peça

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  
 Mulheres com história pessoal de câncer de mama

3. Você está grávida ou amamentando?\*

Sim  
 Não  
 Não sabe

4. Tratamento anterior para câncer de mama?\*

Sim  
 Não

4a. Tipo de tratamento

Cirurgia mesma mama  Radioterapia mesma mama  
 Cirurgia outra mama  Radioterapia outra mama  
 Quimioterapia  Hormônio

5. Detecção da lesão:\*

Exame Clínico da Mama  Imagem (não palpável)

5a. Diagnóstico de Imagem

Microcalcificação  Nódulo  
 Distorção  Assimetria

6. Característica da lesão\*

MAMA DIREITA  MAMA ESQUERDA

Localização\*

QSL  QIL  QSM  QIM  
 UQlat  UQsup  UQmed  UQinf  
 RRA  PA

TAMANHO\*

< 2cm  2 a 5cm  Não palpável  
 > 5 a 10cm  > 10cm

7. Linfonodo axilar palpável?\*

Sim  
 Não

8. Material enviado procedente de:\*

Biópsia incisional  Excisão de ductos principais  
 Biópsia excisional  Mastectomia glandular  
 Biópsia por agulha grossa (core biopsy)  Mastectomia simples  
 Ressecção segmentar  Mastectomia radical e radical modificada  
 Ressecção segmentar com esvaziamento axilar

Data da Coleta\*  /  /  Responsável\*

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios

**IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO**

CNES do Laboratório\*

Número do Exame\*

Nome do Laboratório\*

Recebido em:\*

**RESULTADO**

Procedimento cirúrgico\*

- Biópsia incisional   
  Biópsia excisional   
  Biópsia por agulha grossa (core biopsy)   
  Ressecção segmentar   
  Mastectomia radical e radical modificada  
 Excisão de ductos principais   
  Mastectomia glandular   
  Ressecção segmentar com esvaziamento axilar   
  Mastectomia simples

**EXAME MACROSCÓPICO**

Adequabilidade do material\*

- Satisfatória   
  Insatisfatória por \_\_\_\_\_

**TAMANHO DO TUMOR**

Dimensão máxima tumor dominante

Dimensão máxima tumor secundário

- < 2cm   
  2 a 5cm   
  > 5cm   
  Não avaliável   
  < 2cm   
  2 a 5cm   
  > 5cm   
  Não avaliável

**EXAME MICROSCÓPICO**

**MICROCALCIFICAÇÕES\***

- Sim   
  Não

**LESÃO DE CARÁTER BENIGNO**

- Hiperplasia ductal sem atípias  
 Hiperplasia ductal com atípias  
 Hiperplasia lobular com atípias  
 Adenose, SOE  
 Lesão esclerosante radial  
 Condição fibrocística  
 Fibroadenoma  
 Papiloma solitário  
 Papiloma múltiplo  
 Papilomatose florida do mamilo  
 Mastite  
 Outros \_\_\_\_\_

**CORE BIOPSY INDETERMINADA POR** \_\_\_\_\_

**CORE BIOPSY SUSPEITA**

**LESÃO DE CARÁTER NEOPLÁSICO MALIGNO (TIPO PREDOMINANTE)**

- Carcinoma intraductal (in situ) de baixo grau histológico  
 Carcinoma intraductal (in situ) de grau intermediário  
 Carcinoma intraductal (in situ) de alto grau histológico  
 Carcinoma lobular in situ  
 Doença de Paget do mamilo sem tumor associado  
 Carcinoma ductal infiltrante  
 Carcinoma ductal infiltrante com componente intraductal predominante  
 Carcinoma lobular invasivo  
 Carcinoma tubular  
 Carcinoma mucinoso  
 Carcinoma medular  
 Outros \_\_\_\_\_

**TIPO HISTOLÓGICO ASSOCIADO SECUNDÁRIO**

- Sim - especifique \_\_\_\_\_  
 Não

Data do resultado \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Responsável pelo resultado\*

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

**OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS**

- Multifocalidade do tumor     Sim     Não     Não avaliável  
 Multicentricidade do tumor     Sim     Não     Não avaliável  
 Grau histológico     I     II     III     Não avaliável  
 Invasão vascular     Sim     Não     Não avaliável  
 Infiltração perineural     Sim     Não     Não avaliável  
 Embolização linfática     Sim     Não     Não avaliável

Extensão do tumor:

- Pele     Sim. Com ulceração     Sim. Sem ulceração  
 Não     Não avaliável

- Mamilo     Sim     Não     Não avaliável  
 Músculo peitoral     Sim     Não     Não avaliável  
 Fáscia do peitoral     Sim     Não     Não avaliável  
 Gradil costal     Sim     Não     Não avaliável

Margens Cirúrgicas  Livres (sem tumor detectável)  Comprometidas  Não avaliável

Linfonodos     Axilares     Supraclaviculares

Número de linfonodos avaliados \_\_\_\_\_

Número de linfonodos comprometidos:

- 0 (zero)     1 a 3     4 a 10     mais de 10  
 Presença de coalescência linfonodal     Sim     Não     Não avaliável  
 Extravasamento da cápsula linfonodal     Sim     Não     Não avaliável

Receptores hormonais:

- Receptor de estrógeno     Positivo     Negativo     NR  
 Receptor de progesterona     Positivo     Negativo     NR

Outros estudos imuno-histoquímicos:

- Sim, especifique \_\_\_\_\_  
 Não

Observações \_\_\_\_\_