



CNES DA UNIDADE DE SAÚDE	NÚMERO PROTOCOLO (N° GERADO AUTOMATICAMENTE PELO SISCAN)	
UF	UNIDADE DE SAÚDE	
CÓDIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	PRONTUÁRIO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

CARTÃO SUS *	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
NOME COMPLETO DO(A) PACIENTE *		
		APELIDO DO(A) PACIENTE
NOME COMPLETO DA MÃE *		
CPF	NACIONALIDADE	
DATA DE NASCIMENTO *	IDADE *	COR / RAÇA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA _____

DADOS RESIDENCIAIS

LOGRADOURO			
NÚMERO	COMPLEMENTO		
BAIRRO			UF
CÓDIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO		
CEP	DDD	TELEFONE	
PONTOS DE REFERÊNCIA			
ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> ANALFABETO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR COMPLETO			

DADOS CLÍNICOS

1- TIPO DE EXAME HISTOPATOLÓGICO *	<input type="checkbox"/> REVISÃO DE LÂMINA	<input type="checkbox"/> IMUNOHISTOQUÍMICA	<input type="checkbox"/> BIÓPSIA / PEÇA
2- APRESENTA RISCO ELEVADO* PARA CÂNCER DE MAMA?*	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 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 <i>IN SITU</i> . MULHERES COM HISTÓRIA PESSOAL DE CÂNCER DE MAMA.			
3- VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA OU AMAMENTANDO? *	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO SABE
4- TRATAMENTO ANTERIOR PARA CÂNCER DE MAMA *	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
4a-TIPO DE TRATAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIA MESMA MAMA <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA MESMA MAMA	<input type="checkbox"/> CIRURGIA OUTRA MAMA <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA OUTRA MAMA	<input type="checkbox"/> QUIMIOTERAPIA <input type="checkbox"/> HORMÔNIO
5- DETECÇÃO DA LESÃO *	<input type="checkbox"/> EXAME CLÍNICO DA MAMA	<input type="checkbox"/> IMAGEM (NÃO PALPÁVEL)	
5a- DIAGNÓSTICO DE IMAGEM	<input type="checkbox"/> MICROCALCIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> NÓDULO	<input type="checkbox"/> DISTORÇÃO	<input type="checkbox"/> ASSIMETRIA
6- CARACTERÍSTICA DA LESÃO *	<input type="checkbox"/> MAMA DIREITA <input type="checkbox"/> MAMA ESQUERDA		
LOCALIZAÇÃO*	TAMANHO *		
<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQlat <input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> < 2CM <input type="checkbox"/> > 5 A 10CM <input type="checkbox"/> 2 A 5CM <input type="checkbox"/> > 10CM <input type="checkbox"/> NÃO PALPÁVEL		
7- LINFONODO AXILAR PALPÁVEL? *	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
8- MATERIAL ENVIADO PROCEDENTE DE: *			
<input type="checkbox"/> BIÓPSIA INCISIONAL <input type="checkbox"/> BIÓPSIA EXCISIONAL <input type="checkbox"/> BIÓPSIA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY) <input type="checkbox"/> RESSECÇÃO SEGMENTAR <input type="checkbox"/> MASTECTOMIA RADICAL E RADICAL MODIFICADA <input type="checkbox"/> EXCIÇÃO DE DUCTOS PRINCIPAIS <input type="checkbox"/> MASTECTOMIA GLANDULAR <input type="checkbox"/> RESSECÇÃO SEGMENTAR COM ESVAZIAMENTO AXILAR <input type="checkbox"/> MASTECTOMIA SIMPLES			
DATA DA COLETA *	RESPONSÁVEL *		

ATENÇÃO: OS CAMPOS COM ASTERISCO (*) SÃO OBRIGATÓRIOS

SAAMC - 03003408 - G / E

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES DO LABORATÓRIO *	NÚMERO DO EXAME *
NOME DO LABORATÓRIO *	RECIBO EM: *

RESULTADO

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO *

BIÓPSIA INCISIONAL
 BIÓPSIA EXCISIONAL
 BIÓPSIA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)
 RESSECÇÃO SEGMENTAR
 MASTECTOMIA RADICAL E RADICAL MODIFICADA
 EXCIÇÃO DE DUCTOS PRINCIPAIS
 MASTECTOMIA GLANDULAR
 RESSECÇÃO SEGMENTAR COM ESVAZIAMENTO AXILAR
 MASTECTOMIA SIMPLES

RECEBIDO EM: / /

EXAME MACROSCÓPIO

ADEQUALIDADE DO MATERIAL * SATISFATÓRIA INSATISFATÓRIA POR _____

TAMANHO DO TUMOR

DIMENSÃO MÁXIMA TUMOR DOMINANTE DIMENSÃO MÁXIMA TUMOR SECUNDÁRIO

< 2CM 2 - 5CM > 5CM NÃO AVALIÁVEL
 < 2CM 2 - 5CM > 5CM NÃO AVALIÁVEL

EXAME MICROSCÓPIO

MICROCALCIFICAÇÕES * SIM NÃO

LESÃO DE CARÁTER BENIGNO

HIPERPLASIA DUCTAL SEM ATÍPIAS
 HIPERPLASIA DUCTAL COM ATÍPIAS
 HIPERPLASIA LOBULAR COM ATÍPIAS
 ADENOSE, S0E
 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

OUTROS ASPECTOS HISTOLÓGICOS

MULTIFOCALIDADE DO TUMOR	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL
MULTICENTRICIDADE DO TUMOR	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL
GRAU HISTOLÓGICO <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL
INVASÃO VASCULAR	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL
INFILTRAÇÃO PERINEURAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL
EMBOLIZAÇÃO LINFÁTICA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL

EXTENSÃO DO TUMOR PELE <input type="checkbox"/> SIM, COM ULCERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM, SEM ULCERAÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL MAMILO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL MÚSCULO PEITORAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL FÁSCIA DO PEITORAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL GRADIL COSTAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL MARGENS CIRÚRGICAS <input type="checkbox"/> LIVRES S/ TUMOR DETECTÁVEL <input type="checkbox"/> COMPROMETIDOS <input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL	LINFONODOS <input type="checkbox"/> AXILARES <input type="checkbox"/> SUPRACLAVICULARES NÚMERO DE LINFONODOS AVALIADOS <input type="text"/> <input type="text"/> NÚMERO DE LINFONODOS COMPROMETIDOS <input type="checkbox"/> 0 (ZERO) <input type="checkbox"/> 1 A 3 <input type="checkbox"/> 4 A 10 <input type="checkbox"/> MAIS DE 10 PRESENÇA DE COALESCÊNCIA LINFONODAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL EXTRAVASAMENTO DA CÁPSULA LINFONODAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO AVALIÁVEL
---	--

RECEPTORES HORMONAIS RECEPTOR DE ESTRÓGENO <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> NR RECEPTOR DE PROGESTERONA <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> NR OUTROS ESTUDOS IMUNO - HISTOQUÍMICOS <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, ESPECIFIQUE _____	OBSERVAÇÕES _____ _____ _____
--	--

DATA DA LIBERAÇÃO DO RESULTADO / /

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO RESULTADO * CRM * CNPF(CPF)

LOCALIZAÇÃO

QSL - QUADRANTE SUPERIOR LATERAL	QIM - QUADRANTE INFERIOR MEDIAL	UQmed - UNIÃO DOS QUADRANTES MEDIAIS
QIL - QUADRANTE INFERIOR LATERAL	UQlat - UNIÃO DOS QUADRANTES LATERAIS	UQinf - UNIÃO DOS QUADRANTES INFERIORES
QSM - QUADRANTE SUPERIOR MEDIAL	UQsup - UNIÃO DOS QUADRANTES SUPERIORES	RRA - REGIÃO RETROAREOLAR

PA - PROLONGAMENTO AXILAR