

MINISTÉRIO DA SAÚDE

REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA

Programa Nacional de Controle do Câncer do Utero e da Mama

UF	Código da Unidade de Saúde (CNES)
Unidade de Saúde	
Código 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																					
Identidade										Órgão Emissor					UF		CNPJ (CPF)				
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 Município										Município											
CEP										DDD					Telefone						
Ponto de Referência																					

Escolaridade

☐ Analfeta ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Completo ☐ Ensino Superior Completo**DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)**

1 - Tem nóculo ou caroço na mama?

☐ Sim, mama direita

☐ Sim, mama esquerda

☐ Não

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*.

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?

☐ Sim

☐ Nunca foram examinadas anteriormente

4- Fez mamografia alguma vez?

☐ Sim. Quando fez a última mamografia?

☐ Não

☐ Não sabe

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

