

UF CNES da Unidade de Saúde N° Protocolo
 Unidade de Saúde (n° gerado automaticamente pelo SISCAN)

Código do Município Município Prontuário

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Cartão SUS* Sexo Masculino Feminino

Nome completo do(a) paciente*
 Apellido 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

Data da Coleta* / /

Responsável*

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
- > 5 a 10cm
- > 10cm
- Não palpável

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

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

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

Dimensão máxima tumor secundário

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

EXAME MICROSCÓPICO

MICROCALCIFICAÇÕES*

- Sim
 Não

LESÃO DE CARÁTER BENIGNO

- Hiperplasia ductal sem atipias
 Hiperplasia ductal com atipias
 Hiperplasia lobular com atipias
 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 _____