

Item 02 - ATESTADO MEDICO 100X1 - 15,5x21,5, 1x0 cor em off-set 56g bloco de 100 folhas

120 blocos c/100 folhas

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA**
SUS - Serviço Unificado de Saúde
DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Episcopal, N° 1.070 - Centro - TABATINGA - SP - CEP 14.910-000
Fones (16) 3385-1145 - 3385-2417

ATESTADO

Ao
Departamento Pessoal
Empresa: _____
Comunicamos para os devidos fins que o (a) funcionário (a) _____

Esteve em consulta, das _____ às _____ horas, podendo retornar ao trabalho imediatamente; _____
Médico Responsável - Assinatura

Esteve em consulta, devendo ser dispensado do serviço na data de hoje; _____
Médico Responsável - Assinatura

Esteve em consulta, devendo ser dispensado do serviço por _____ dias a contar da data de hoje; _____
Médico Responsável - Assinatura

Encontra-se em tratamento, devendo permanecer afastado(a) do serviço por um período de 15 (quinze) dias; _____
Médico Responsável - Assinatura

Deverá retornar a consulta dia _____ / _____ 20_____, às _____ horas; _____
Médico Responsável - Assinatura

Esteve acompanhando membro da família das _____ às _____ horas; _____
Médico Responsável - Assinatura

Outras; _____
Médico Responsável - Assinatura

Médico Responsável - Assinatura

Cid. (_____)
Tabatinga-SP _____ de _____ de 20 _____

Médico Responsável - Assinatura

Item 03 - CARTAO "VIVA LEITE" - 215x155mm, 1x0 cor em off-set 180g

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA

DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Projeto Estadual do Leite "Viva Leite"

Nome: _____ N° Cartão _____

Mês: _____

01	02	03	04	05	06	07
08	09	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Trazer para pesar a criança

Dia _____

Horário _____

Item 04 - ENVELOPE "DIRETORIA MUN. DE SAUDE" - Envelope Ofício
Timbrado - 230x115mm



Item 05 - ENVELOPE BRANCO SACO C/ TIMBRE - 36x26cm - Branco e Escrita Preta.



Prefeitura Municipal de Tabatinga

Estado de São Paulo

CNPJ. 71.989.685/0001-99 - INSC. EST. 674.060.698.117

Rua Quintino do Valle, n° 298 - Centro - CEP 14.910-000 Tabatinga / SP- Fone: (16) 3321-9500

Item 06 - ENVELOPE KRAFT P/ PRONTUARIO - 24x34cm

400



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA
DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PRONTUÁRIO

MATRÍCULA Nº _____

NOME: _____

D.N.: _____ / _____ / _____

UNIDADE: _____

Item 07 - ENVELOPE OFICIO C/ TIMBRE - 230x115mm - Prefeitura



Item 08 - ENVELOPE OURO "CSIII DR. MAIA DE CARVALHO" - 24x34cm



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA

C.S.III - DR. MAIA DE CARVALHO

RUA EPISCOPAL Nº 1.070 - CENTRO - TABATINGA - SP - CEP 14910-000 - FONE: (16) 3385-1145 - FAX: (16) 3385-1935
e-mail: saude@tabatinga.sp.gov.br

Item 11 - GUIA DE REFERENCIA 100X1 - 1 via em cor off-set56g (21x29,5cm) - blocos de 100 folhas

100 blocos = 100 folhas



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

GUIA DE REFERÊNCIA

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE COM ENDEREÇO E FONE

Município de Origem do Paciente: _____ - DRS III ARARAQUARA
ESPECIALIDADE SOLICITADA: _____

I - Identificação do Paciente (Preencher com LETRA de FORMA e LEGÍVEL)

Nome: _____ Sexo: _____
Dt. Nasco: ____/____/____ Idade: _____ Cor: _____ Profissão: _____
Endereço (Rua, Av. etc.): _____
CEP: _____ Bairro: _____ Município: _____
Fones (resid./col./recado) _____
CNS: _____ CPF: _____ RG: _____
Nome da Mãe: _____
Nome do Responsável: _____

II - Justificação da Referência

História Progressa e Quadro Clínico: _____

Diagn. ou Hipótese Diagnóstica: _____

CID: _____
Exames Realizados - Data e RESULTADOS: _____

Conduta Terapêutica ADOTADA: _____

III - Motivo de Encaminhamento

() Diagnóstico () Confirmação Diagnóstica () Tratamento
() Segmento () Outra Especialidade () Internação
() OUTROS (especificar) _____

IV - Nome do Médico Solicitante: _____ **CRM:** _____
Especialidade: _____ Carimbo:
Data: ____/____/____ Assinatura: _____

V - Agendamento para:

Unidade: _____ Especialidade: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Município: _____ Data: ____/____/____ Horário: _____
Matrícula / Código do Paciente: _____ Sala / Balcão: _____

Item 12 - LAUDO AUTORIZAÇÃO DE PROCED. AMBULATORIAL 50X1 - cor off-set 56g (21,5x29,5cm) - blocos de 50 folhas

300 blocos de 50 folhas

SUS Sistema Nacional de Saúde / Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fls. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)				3	
1. NOME DO ESTADO, COMARCA DE SAÚDE SOLICITANTE Centro de Saúde III - Dr. Mala de Carvalho				3. UENB 2 0 3 8 7 3 0	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
2. NOME DO PACIENTE		4. Nº DO PROCEDIMENTO			
6. CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8. DATA DE NASCIMENTO		7. GÊNERO	
9. NOME EM ALFA		10. TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		11. TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11. NOME DO RESPONSÁVEL		12. ENDEREÇO DO PACIENTE		13. ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL	
14. MUNICÍPIO RESIDÊNCIA Tabatinga		15. CÓD. INSC. MUNICÍPIO		16. UF S P	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
17. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		18. NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		19. QTD	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)					
20. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		21. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22. QTD	
23. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		24. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		25. QTD	
26. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		27. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28. QTD	
29. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		30. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		31. QTD	
32. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		33. NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		34. QTD	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)					
35. INDICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO		36. DOENÇA PRINCIPAL, SE CERTO SECUNDÁRIO, SE CERTA CAUSA ASSOCIADA			
37. OBSERVAÇÕES					
SOLICITAÇÃO					
38. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39. DATA DA SOLICITAÇÃO		40. ASSINATURA E CARIMBO (P/ O REGISTRO DO CONSELHO)	
41. DOCUMENTO 1 / ONH 1 / OFF		42. Nº DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
AUTORIZAÇÃO					
43. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44. END. ORIGINAL (MÚLTIPLA)		45. Nº DA AUTORIZAÇÃO (P/ O REGISTRO)	
46. DOCUMENTO 1 / ONH 1 / OFF		47. Nº DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48. DATA DA AUTORIZAÇÃO		49. ASSINATURA E CARIMBO (P/ O REGISTRO DO CONSELHO)		50. PERÍODO DE VALIDADE DA APLIC.	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)					
51. ENDEREÇO FÍSICO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)				52. CENS	

Item 13 - LAUDO MEDICO/TECNICO PARA APAC 50X1 - 20,5x28cm, 1x0 cor em off-set 75g Blocos de 50 folhas

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO MEDICO/TECNICO PARA EMISSÃO DE APAC		Protocolo N.º
Identificação da Unidade					
Nome Centro de Saúde III - Drª Maia de Carvalho				CNPJ 71.198.916.850.019/9	
Dados do Paciente					
Nome					
CPF ou CNE					
Nome da Mãe ou Responsável					
Endereço (Logradouro, n.º, complemento, bairro)					
Município					
Tabatinga		UF	CEP	Data de Nascimento	
SEXO		Médico			
CONVÊNIO		Nome da Convênio			
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		SUS			
Dados da Solicitação					
Código do Procedimento					
Nome do Procedimento					
CPF do Médico					
Nome do Médico					
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA				CID 10	
RESUMO DO EXAME FÍSICO					
EXAME(S) REALIZADO(S) - RESULTADO(S)					
DATA		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ou TÉCNICO			

Item 14 - PASTA AMARELA "PROTOCOLO" - 50x33cm - Escrita Preta - com dobra.



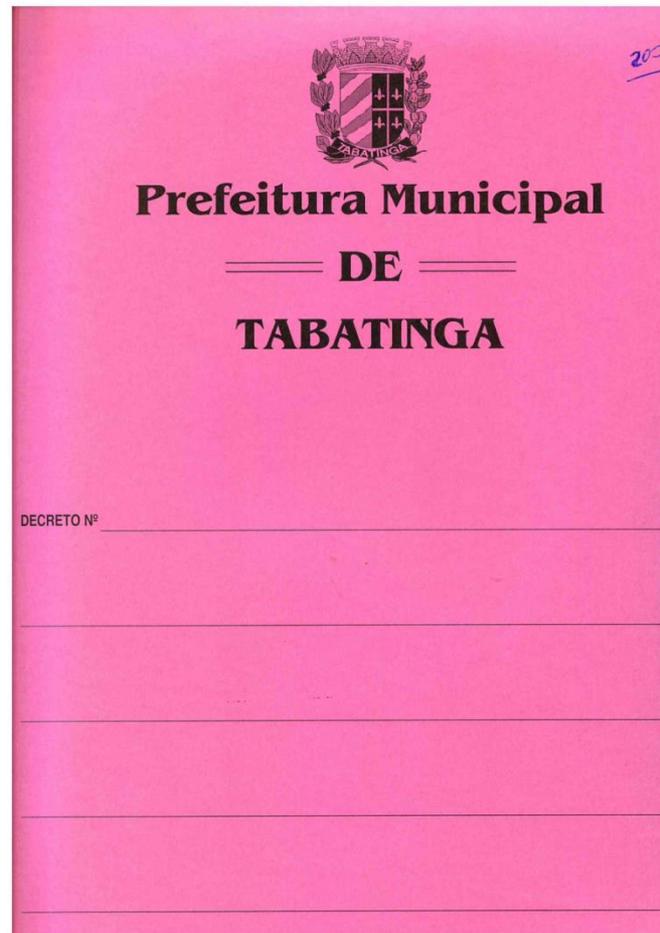
**Prefeitura Municipal
de
Tabatinga**

Protocolo N.º _____ Livro: _____ Folha N.º _____ Data ____ / ____ / ____

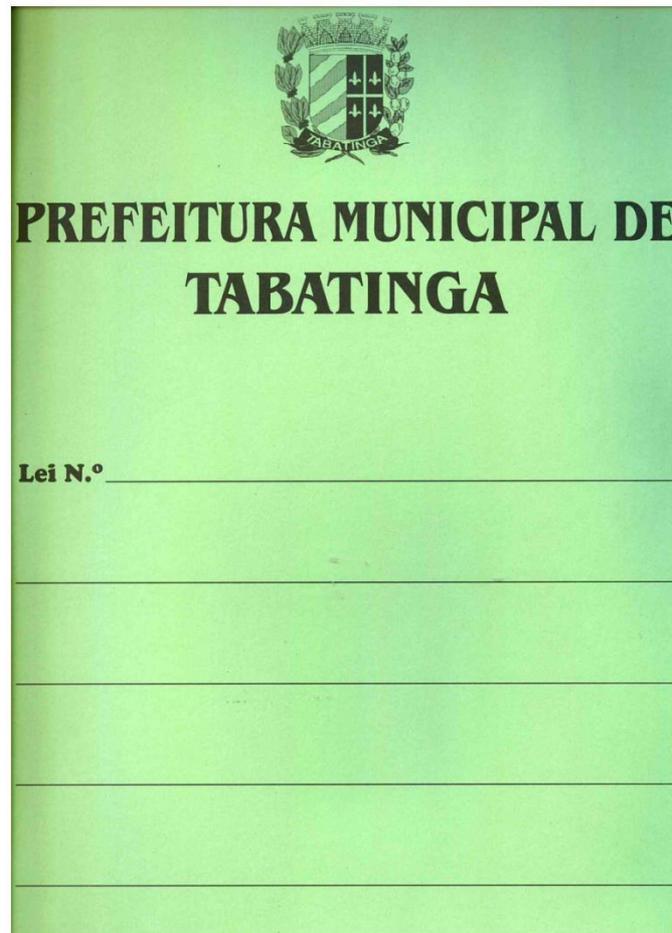
Interessado: _____

Assunto: _____

Item 15 - PASTA ROSA "DECRETO" - 50x33cm - Escrita Preta - com dobra.



Item 16 - PASTA VERDE "LEI" - 50x33cm - Escrita Preta - com dobra.



Item 18 - PRONTUARIO MEDICO 100X1 - 210x295mm, 1x1 cor em off-set 75g - frente-verso - Bloco de 100 folhas

Frente



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA

DIRETORIA MUNICIPAL DE SAUDE
Rua Episcopal, N° 1.070 - Centro - TABATINGA - SP - CEP 14.910-000
Fones (16) 3385-1145 - 3385-2417

PRONTUÁRIO MÉDICO

Folha N: _____ N° Registro: _____

NOME: _____ D. N.: ____/____/____

Data ____/____/____	Queixa: _____						
Horário ____:____:____	PA	T°	Peso	Altura	Respiração	Pulso	Carimbo e assinatura
Idade: ____							
							Carimbo e assinatura: _____

Data ____/____/____	Queixa: _____						
Horário ____:____:____	PA	T°	Peso	Altura	Respiração	Pulso	Carimbo e assinatura
Idade: ____							
							Carimbo e assinatura: _____

Data ____/____/____	Queixa: _____						
Horário ____:____:____	PA	T°	Peso	Altura	Respiração	Pulso	Carimbo e assinatura
Idade: ____							
							Carimbo e assinatura: _____

Verso

Nome: _____

Data ____/____/____	Queixa: _____						
Horário ____:____:____	PA	T°	Peso	Altura	Respiração	Pulso	Carimbo e assinatura
Idade: ____							
							Carimbo e assinatura: _____

Data ____/____/____	Queixa: _____						
Horário ____:____:____	PA	T°	Peso	Altura	Respiração	Pulso	Carimbo e assinatura
Idade: ____							
							Carimbo e assinatura: _____

Data ____/____/____	Queixa: _____						
Horário ____:____:____	PA	T°	Peso	Altura	Respiração	Pulso	Carimbo e assinatura
Idade: ____							
							Carimbo e assinatura: _____

Item 19 - RECEITUARIO 100X1 - Receituário - 15x21cm, 1x0 cor em off-set 56g Bloco de 100 folhas

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA**
DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Episcopal, N.º 1.070 - Centro - Tabatinga - SP
Fone:Fax (16) 3385-1145

RECEITUÁRIO

Item 20 - RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL 100X1 - 15x21cm, 1x0 cor em off-set 56g - bloco de 100 folhas

 PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA	
DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE Rua Episcopal, N° 1.970 - Centro - TABATINGA - SP - CEP 14.910-000 Fones (16) 3385-1145 - 3385-2417	
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE
Nome Completo: _____	
CRM: _____ U.F.: _____ Nº _____	
Endereço Completo e Telefone: _____	

Cidade: _____ U.F.: _____	
Paciente: _____	
Endereço: _____	
Prescrição: _____	

Data: ____ / ____ / ____	Assinatura _____
Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____	
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ U.F.: _____	
Telefone: _____	
	Assinatura do Farmacêutico
	Data: ____ / ____ / 20 ____
<small>Gráfica Central (16) 3244-3888 - 03/2014 - 5.000 - 100 Telões x 50</small>	

Item 21 - RELAÇÃO DE VIAGEM 100X1 2º VIA JORNAL - 2 vias - 1ª Via destacável (cor branca) e 2ª Via fixa (jornal) - 21x28cm - bloco de 50x2

 **PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA** 23
21

RELAÇÃO DE VIAGEM João
Pereira

Nome Motorista: _____ Data: ____/____/____

Destino: _____ Placa: _____

Veículo: _____ Saída: ____hs ____Km

Retorno: ____hs ____Km

ACOMPANHANTE	DESTINO
1 - _____	_____
2 - _____	_____
3 - _____	_____
4 - _____	_____
5 - _____	_____
6 - _____	_____
7 - _____	_____
8 - _____	_____
9 - _____	_____
10 - _____	_____
11 - _____	_____
12 - _____	_____

Assinatura: _____

Item 22 - RELAÇÃO DE VIAGEM 50X2 - 150x200mm, 1x0 cor em off-set 50g - 1ª via destacável em cor off-set50g, 2ª via fixa em super bond azul 50g - Bloco de 50x2

100 blocos e 100 folhas

38

26



PREFEITURA MUNICIPAL DE TABATINGA
Diretoria de Saúde
Rua Estrelas, nº 1.075 - Centro - Tabatinga - SP - CEP 14.018-000
Fone: (041) 3305-1140 / 3305-0417 - Fax: (14) 3305-0020

Relação de Viagem

Nome Motorista: _____ Data: ____/____/____

Destino: _____ Veículo: _____ Placa: _____

Hora Saída: _____ KM: _____ Hora Retorno: _____ KM: _____

Ord.	Nome do PACIENTE	PONTO DE ESPERA	HORÁRIO DO ATENDIMENTO	LOCAL DE ATENDIMENTO
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				
12-				
13-				
14-				
15-				
16-				
17-				
18-				
19-				
20-				
21-				
22-				
23-				
24-				
25-				

Assinatura: _____

Item 23 - REQUISICAO DE EXAME CITOPATOLOGICO - 21x29,7cm, 1x1 cor em off-set 75g - frente-verso

Frente

Verso

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

MINISTÉRIO DA SAÚDE **REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO**
Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero

UF: _____ CHES da Unidade de Saúde: _____ Nº Protocolo: _____
Unidade de Saúde: _____ (nº gerado automaticamente pelo SISCAN)

Município: _____ Prontuário: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Carteão SUS* _____
Nome Completo da Mulher* _____
Nome Completo da Mãe* _____
CPF: _____ Apellido da Mulher _____
Data de Nascimento* _____ Idade _____ Nacionalidade _____
Razão: Branco Preto Pardo Amarela Indígena/ Etnia _____
Dados Residenciais: _____
Logradouro: _____
Número: _____ Complemento: _____
Código do Município: _____ Município: _____ Bairro: _____ UF: _____
CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____
Ponto de Referência: _____
Escolaridade: Analfabeto Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo Ensino Médio Completo Ensino Superior Completo

DADOS DA ANAMNESE

1. Motivo do exame*
 Rastreamento
 Repetição (exame alterado ASCU/Baixo grau)
 Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)

2. Fez o exame preventivo (Papnicolosa) alguma vez? Sim. Quando fez o último exame? ano _____
 Não Não sabe

3. Usa DIU? Sim Não Não sabe

4. Está grávida? Sim Não Não sabe

5. Usa pílula anticoncepcional? Sim Não Não sabe

6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? Sim Não Não sabe

7. Já fez tratamento por radioterapia? Sim Não Não sabe

8. Data da última menstruação / regra: * _____ Não sabe / Não lembra

9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?* (não considerar o primeiro relação sexual na vida)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra

10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?* (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)
 Sim
 Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa

11. Inspeção do colo*
 Normal
 Ausente (anomalias congênitas ou retirado cirurgicamente)
 Alterado
 Colo não visualizado

12. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?
 Sim
 Não

EXAME CLÍNICO

Data do exame* _____ Responsável* _____

NOTA: Na presença de colo alterado, com lesão sugestiva de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO

CNES do Laboratório* _____ Número do Exame* _____
Nome do Laboratório* _____ Recebido em: _____

RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO

AValiação PRÉ-ANALÍTICA
AMOSTRA REJEITADA POR:
 Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário
 Lâmina danificada ou euzente
 Causas alheias ao laboratório; especificar: _____
 Outras causas; especificar: _____

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:*
 Escamoso
 Glandular
 Metaplásico

DIAGNÓSTICO DESCRITIVO
DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE NO MATERIAL EXAMINADO?*
 Sim Não

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS
 Inflamação
 Metaplasia escamosa imatura
 Reparação
 Atrófia com inflamação
 Radiação
Outras; especificar: _____

MICROBIOLOGIA
 Lactobacillus sp
 Cocos
 Sugestivo de Chlamydia sp
 Actinomyces sp
 Candida sp
 Trichomonas vaginalis
 Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes
 Bacilos supracoloplasmáticos (sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus)
 Outras bactérias _____
Outras; especificar: _____

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL*
 Satisfatória
Insatisfatória para avaliação oncológica devido a:
 Material azedular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço
 Sangue em mais de 75% do esfregaço
 Plácticos em mais de 75% do esfregaço
 Artelatos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço
 Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço
 Intenso superespaço celular em mais de 75% do esfregaço
Outros; especificar: _____

CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO
Escamosas: Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)
 Não se pode afastar lesão de alto grau (ASC-H)

Glandulares: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

De origem indefinida: Possivelmente não neoplásicas
 Não se pode afastar lesão de alto grau

ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS
 Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)
 Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III)
 Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão
 Carcinoma epidermóide invasor

ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES
 Adenocarcinoma "in situ"
 Adenocarcinoma invasor: Cervical
 Endometrial
 Sem outras especificações

OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____
 PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (na pós-menopausa ou acima de 40 anos, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)

Observações Gerais: _____

Screening pelo citológico: _____ Responsável* _____
Data do Resultado* _____

Item 24 - REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA - 21x29,7cm, 1x1 cor em off-set 75g - frente-verso

Frente

Verso

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA	
Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama			
UF	_____	UNES da Unidade de Saúde	Nº Protocolo
Unidade de Saúde	_____	(nº gerado automaticamente pelo SISGAN)	
Código Município	_____	Município	_____
_____	_____	Proximidade	_____
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*	_____	Nacionalidade	_____
CPF	_____	Civ/Relig	<input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Etnia
Data de Nascimento*	____/____/____	Idade*	____
Dados Residência	_____	Logradouro	_____
Nome	_____	Complemento	_____
Código Município	_____	Município	_____
CEP	_____	DDD	____
Ponto de Referência	_____	Telefone	____-____
Educacionalidade	<input type="checkbox"/> Analfabeto(a) <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 DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)			
1 - Tem nódo ou varizo na mama?	5- Fez radioterapia na mama ou no plástico? Em que ano?		
<input type="checkbox"/> Sim, mama direita	<input type="checkbox"/> Sim, mama direita	_____	
<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda	<input type="checkbox"/> Sim, mama esquerda	_____	
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	_____	
2 - Apresenta risco elevado* para câncer de mama?	6 - Fez cirurgia de mama? Em que ano?		
<input type="checkbox"/> Sim	Mama direita	_____	
<input type="checkbox"/> Não	Biópsia cirúrgica incisional	_____	
<input type="checkbox"/> Não sabe	Biópsia cirúrgica excisional	_____	
* 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	Mama esquerda	_____	
3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um profissional de saúde?	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sim	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Nunca foram examinadas anteriormente	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Não sabe	_____	_____	_____
4 - Fez mamografia alguma vez?	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez a última mamografia? Ano _____	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Não	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Não sabe	_____	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Não fez cirurgia	_____	

ATENÇÃO: Os campos com asterisco (*) são obrigatórios

INDICAÇÃO CLÍNICA*			
7 - Mamografia diagnóstica			
<input type="checkbox"/> 7a. Achado no exame clínico			
Mama direita	Lesão papilar <input type="checkbox"/>	Descarga papilar <input type="checkbox"/>	Cristalina <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/>
Nódulo:	Localização	Localização	Localização
<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA
Espectamento:	Localização	Espectamento:	Localização
<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> QSL <input type="checkbox"/> QIL <input type="checkbox"/> QSM <input type="checkbox"/> QIM <input type="checkbox"/> UQinf	<input type="checkbox"/> UQsup <input type="checkbox"/> UQmed <input type="checkbox"/> UQinf <input type="checkbox"/> RRA <input type="checkbox"/> PA
Linfonodo palpável <input type="checkbox"/>	Axilar <input type="checkbox"/>	Supraclavicular <input type="checkbox"/>	Linfonodo palpável <input type="checkbox"/>
Axilar <input type="checkbox"/>	Supraclavicular <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 7b. Controle radiológico Categoria 3	Mama esquerda	<input type="checkbox"/> 7c. Lesão com diagnóstico de câncer	<input type="checkbox"/> 7d. Análise de resposta de QT neoadjuvante
<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> microrrealimentação	<input type="checkbox"/> Mama direita
<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> microrrealimentação	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> Mama esquerda
<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> área densa	
<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> distorção focal	
<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar	
<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar		
<input type="checkbox"/> 7e. Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	Mama direita	<input type="checkbox"/> 7f. Controle de lesão após biópsia de fragmento ou PAAF com resultado benigno	Mama esquerda
<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/> Categoria 0	<input type="checkbox"/> nódulo	<input type="checkbox"/> nódulo
<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/> Categoria 3	<input type="checkbox"/> microrrealimentação	<input type="checkbox"/> microrrealimentação
<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/> Categoria 4	<input type="checkbox"/> assimetria focal	<input type="checkbox"/> assimetria focal
<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/> Categoria 5	<input type="checkbox"/> assimetria difusa	<input type="checkbox"/> assimetria difusa
		<input type="checkbox"/> área densa	<input type="checkbox"/> área densa
		<input type="checkbox"/> distorção focal	<input type="checkbox"/> distorção focal
		<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar	<input type="checkbox"/> Linfonodo axilar
8 - Mamografia de rastreamento			
<input type="checkbox"/> 8a. População alvo <input type="checkbox"/> 8b. População de risco elevado (história familiar) <input type="checkbox"/> 8c. Paciente já tratado de câncer de mama			
Data de solicitação*	____/____/____	Responsável*	_____
Número do Exame:	_____	Número a ser preenchido pelo serviço de mamografia	_____
ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO			
7 - Mamografia Diagnóstica			
7a - Achado no exame clínico	Mamografia realizada em mulheres com sinal e sintoma de câncer de mama (ou sinais e sintomas compatíveis no formulário) não: lesão papilar, descarga papilar espontânea, nódulo, espessamento e linfonodo axilar e supraclavicular		
7b - Controle radiológico de lesão Categoria 3 (BI-RADS®)	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de lesão provavelmente benigna		
7c - Lesão com diagnóstico de câncer	Mamografia realizada em paciente já com diagnóstico de câncer de mama, por histopatológico, nos antes do tratamento		
7d - Análise de resposta à quimioterapia neoadjuvante	Mamografia realizada após a quimioterapia neoadjuvante, para avaliação da resposta		
7e - Revisão de mamografia com lesão, realizada em outra instituição	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de outra instituição nas categorias 0,3,4 e 5 para revisão de resultado		
7f - Controle de lesão após biópsia ou PAAF com resultado benigno	Mamografia realizada em paciente com laudo anterior de biópsia de fragmento ou PAAF de lesões benignas		
8 - Mamografia de Rastreamento			
Mamografia realizada em mulheres assintomáticas (sem sinais e sintomas de câncer de mama), com idade entre 50 e 69 anos (população alvo) ou maiores de 25 anos com história familiar (População de risco elevado - história familiar) no histórico pessoal de câncer de mama (pacientes já tratados) Atenção: mastite não é sinal de câncer de mama			
Localização:	QSL - Quadrante superior lateral QIL - Quadrante inferior lateral QIM - Quadrante superior medial QIA - Quadrante inferior medial UQinf - União dos quadrantes inferiores UQsup - União dos quadrantes superiores	UQinf - União dos quadrantes inferiores UQmed - União dos quadrantes mediais RRA - Região retroaxilar RC - Região central (união de todos os quadrantes) PA - Prologoamento axilar NR - Não realizado	

