



**PREFEITURA DE UBERABA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE**



REQUISIÇÃO DE MAMOGRAFIA - Validade: 10 de DEZEMBRO/2010

**Programa Nacional de Controle de Câncer do Colo do Útero e da Mama**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

UNIDADE DE SAÚDE:

CNES:

--	--

CÓDIGO MUNICÍPIO:

NOME MUNICÍPIO:

UF:

PRONTUÁRIO:

--	--	--	--

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**

Nome do Usuário:

FAA:

--	--

Cartão Nacional de Saúde (CNS):

Data Nascimento:

Idade:

Sexo:

Raça/Cor:

--	--	--	--	--

Identidade:

Orgão Emissor:

UF:

CPF:

--	--	--	--	--

Nome da Mãe:

Telefone de Contato:

--	--

**DADOS RESIDENCIAIS**

Logradouro:

Número:

--	--

Complemento:

Bairro:

--	--

Município de Residência

Código Município:

UF:

CEP:

Telefone:

				( )
--	--	--	--	-----

Ponto de Referência:

--

Escolaridade:

- Analfabeta    Ensino Fund. Incompleto    Ensino Fundamental Completo    Ensino Médio Completo    Ensino Sup. Completo

**DADOS DA ANAMNESE (UNIDADE SOLICITANTE)**

1- Tem um nódulo ou caroço na mama?

- Sim, mama direita  
 Sim, mama esquerda  
 Não

3 - Antes desta consulta, teve suas mamas examinadas por um

- Profissional de Saúde?  
 Sim  
 Nunca foram examinadas anteriormente

2 - Apresenta risco elevado\* para câncer de mama?

- Sim  
 Não  
 Não sabe

4 - Fez mamografia alguma vez?

- Sim. Quando fez a última mamografia? \_\_\_\_\_  
 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.

**ATENÇÃO: Não serão processados os exames cujos dados não estejam preenchidos completamente.**