



**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.**