



Questionário sobre o historial mamográfico da doente [Nome e data de nascimento confirmados da doente ○ _____]

Nome: _____ Data: _____ Data de nascimento: _____

Número de gravidezes: _____ Idade na primeira gravidez: _____ Médico assistente: _____

Atualmente, tem algum sintoma? Se sim, indique. _____

Já teve cancro da mama? [] Sim [] Não Já foi submetida a um procedimento ou cirurgia da mama? [] Sim [] Não

Se sim, preencha o seguinte:

	ESQUERDA	DIREITA	DATA:	DIAGNÓSTICO:
BIOPSIA	[]	[]	_____	_____
MASTECTOMIA	[]	[]	_____	_____
ASPIRAÇÃO CÍSTICA	[]	[]	_____	_____
IMPLANTES	[]	[]	_____	_____
REDUÇÃO	[]	[]	_____	_____
LUMPECTOMIA	[]	[]	_____	_____

HISTORIAL FAMILIAR DE CANCRO DA MAMA: [responda sim (s) ou não (n)]

Mãe _____ Filha(s) _____ Avó paterno _____ Avô materno _____
 Tia _____ Avó materna _____ Tia(s) avó(s) paterna(s) _____ Avô paterno _____
 Irmã _____ Tia(s) avó(s) materna(s) _____ Pai _____

HISTORIAL DA MENSTRUACÃO: Idade do primeiro período _____ Idade do último período _____

Ainda é menstruada? S N Foi submetida a uma histerectomia? S N Se SIM-Idade _____

Existe alguma possibilidade de gravidez? Não Sim Está a amamentar? Não Sim

Alguma vez tomou ou está neste momento a tomar algum dos seguintes? Pílulas anticoncepcionais _____

Medicação hormonal _____ Altura _____ metros _____ centímetros Peso _____ quilos

HISTORIAL DE PELÍCULAS MAMOGRÁFICAS: Se SIM, onde: Unidade _____

Local _____ Data _____

Tanto quanto é do meu conhecimento, concordo que todas as informações deste formulário estão corretas. Dou permissão para que a RIMI obtenha as películas mamográficas anteriores em unidade externa.

Assinatura da doente _____ Data _____

MOTIVO PARA O EXAME DE HOJE: RASTREIO: [] Inicial ou Situação Basal [] Rastreio anual [] Outro

O médico recomendou seguimento de *DIAGNÓSTICO*: [] Dor [] Massa ou nódulo [] Supuração

[] Hemorragia [] Calcificação [] Assimetrias

APENAS PARA UTILIZAÇÃO DO CONSULTÓRIO

PELÍCULAS ANTERIORES: NENHUMA [] NÃO DISPONÍVEIS [] COM AS PELÍCULAS DE HOJE []

