



Centro Médico e Diagnóstico por Imagem
 Rua Ramos Ferreira nº 1280. Centro.
 Fone: 3633-4977

A mamografia é hoje o método mais eficiente na detecção do câncer de mama, devendo ser realizada rotineiramente nas pacientes com mais de 40 anos. O exame consiste em pelo menos 4 radiografias (2 de cada mama). Se necessário serão realizadas incidências complementares.

Para um exame de qualidade é essencial a compressão da mama. É importante saber que, apesar do desconforto causado, não são causados danos ao tecido mamário.

Após a realização, o exame é avaliado pelo médico radiologista e eventualmente, caso haja necessidade de repetições ou complementações, a paciente será contatada para que retorne ao serviço, a fim de que se possa oferecer um exame eficaz e da mais alta qualidade. Caso haja quaisquer dúvidas em relação ao exame, os médicos colocam-se à disposição para os devidos esclarecimentos.

QUESTIONÁRIO DE MAMOGRAFIA

Não se Esqueça:

- O exame que será realizado deverá ser guardado.
- Traga-o nas próximas vezes que vier realizar novo exame.

01- Nome: _____

02- Data de Nascimento: ____/____/____

03- Idade: _____

04- Médico que solicitou o exame: _____

05- Data do exame: ____/____/____

06- Idade da primeira menstruação: _____

07- Data da última menstruação: _____

se não menstrua mais, há quanto tempo? _____

08- Quantos vezes ficou grávida? _____

09- Quantos partos fez. _____

10- Amamentou? Sim Não

11- Toma ou tomou hormônio? Sim Não

12- Fuma ou Fumou? Sim Não

Se sim por quanto tempo? _____

13- Quais cirurgias já realizou?

Retirada do útero? Sim Não

Há quanto tempo? _____

Retirada do ovário? Sim Não

Se sim qual(is)? Dir Esq

Há quanto tempo? _____

Cirurgia de mama? Sim Não

Há quanto tempo? _____

Qual mama foi operada? Dir Esq

E que tipo de cirurgia de mama realizou? _____

14- Fez Biópsia ou Punção de mama?

Se sim, qual (is) mama? Dir Esq

Há quanto tempo? _____

Qual resultado? _____

15- Fez ultrassom (ecografia) das mamas

há menos de 02 anos? Sim Não

Qual resultado? _____

16- Alguém na sua família teve ou tem câncer

de mama? Sim Não

Quem? _____

Com que idade? _____

17- Porque está fazendo este exame?

Se houver queixa, indique o tipo, em qual mama, E há quanto tempo apareceu, no quadro abaixo:

Queixa	Qual mama?		Há quanto tempo?
	Dir	Esq	
Dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nódulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Verruga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cicatriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Secreção mamilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alteração da pele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alteração do mamilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rotina de prevenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

MAMAS

- Nódulos móveis
- Mamilo invertido
- Retração da Pele / Mamilo
- Verruga cutânea ou alteração semelhante
- Nódulos Imóveis
- Espessamento da pele mamária
- Cicatriz

