

1. **MAMOGRAFIAS** (obrigatório o agendamento prévio).

**No dia do exame:**

Trazer todos os exames anteriores: mamografia, ultrassonografia e ressonância e preencher o QUESTIONÁRIO EM ANEXO.

- a. MAMOGRAFIA ROTINA (Rastreio) - marcada no mês do aniversário da paciente. A agenda é disponibilizada dois meses antes deste período.
- b. MAMOGRAFIA DIAGNÓSTICA - marcada por indicação médica e/ou acompanhamento **semestral** (APENAS CAT 3 BIRADS).



# ANEXO 1

## HOSPITAL CENTRAL DA AERONÁUTICA

### SEÇÃO DE IMAGINOLOGIA

#### QUESTIONÁRIO PRÉVIO PARA MAMOGRAFIA DIGITAL COM TOMOSSÍNTESE

Nome do Paciente:	
Número do Prontuário:	Tel:
Data: __/__/____	Idade:

#### O QUE DEVO FAZER NO DIA DO EXAME:

Use blusa. Você precisará tirar sua roupa da cintura para cima. Não use desodorante, talco, perfume, cremes ou qualquer tipo de produto nas mamas e axilas antes do exame. Essas substâncias podem deixar resíduos que interferem nos resultados.

#### O QUE SENTIREI?

A técnica vai ajudar a posicionar suas mamas sobre o suporte, pois há necessidade de comprimi-las para uma boa resolução do exame. O procedimento produzirá sensação de pressão ou constrição por apenas alguns segundos, com desconforto. Para minimizar essa possibilidade, tente marcar seu exame logo após sua menstruação, quando as mamas estão menos sensíveis.

#### IMPORTANTE

Para sua segurança e obter melhores resultados com exame, informe à técnica ou médico:

\*Se você suspeita de gravidez.

\*Se tiver implante nos seios.

\*Se tem cicatrizes nas mamas.

\*Se já fez biópsia ou alguma cirurgia nas mamas

\*Se está amamentando.

#### **OBS: TRAZER EXAMES ANTERIORES REFERENTES ÀS MAMAS, CASO JÁ TENHA EFETUADO.**

- 1- Já fez Mamografia? ( ) Sim ( ) Não - Quando: \_\_\_\_\_ Trouxe anterior ( ) Sim ( ) Não
- 2- Você está grávida? ( ) Sim ( ) Não
- 3- Idade da 1ª menstruação? \_\_\_\_ - Idade do início da menopausa? \_\_\_\_
- 4- Data da última menstruação? \_\_\_\_ - Sua idade na 1ª gestação? \_\_\_\_ Quantas gestações completas? \_\_\_\_
- 5- Faz reposição hormonal? ( ) Sim ( ) Não Quando iniciou? \_\_\_\_ anos. Usa atualmente? ( ) Sim ( ) Não Qual ? \_\_\_\_\_
- 6- Já teve câncer de mama? ( ) Sim ( ) Não - Se sim, com que idade? \_\_\_\_
- 7- Já teve câncer de ovário? ( ) Sim ( ) Não - Se sim, com que idade? \_\_\_\_
- 8- Você tem parentes com câncer de mama? – Quem? Mãe? ( ) \_\_\_\_ anos / Irmã ? ( ) \_\_\_\_ anos / Filha ? ( ) \_\_\_\_ anos / Outras? ( ) \_\_\_\_ anos.
- 9- Já fez cirurgia de mama? ( ) Sim ( ) Não

MAMA	D	E	Quando?
Cirurgia Plástica			
Implante de Próteses			
Retirada de nódulo(s)			
Quadrantectomia			
Biópsia			
Mastectomia			

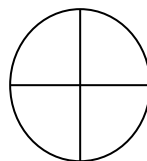
10- Já fez Radioterapia nas mamas? ( ) Sim ( ) Não - Direita( ) Esquerda( ). Terminou em? \_\_\_\_\_

11- Porque está fazendo mamografia?

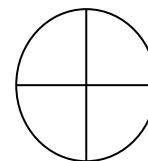
Exame de rotina ( )- Tenho parentes com câncer de mama? ( ) - Já tive câncer de mama ( ) - Vou fazer uma cirurgia plástica ( ) .

MAMA	D	E
Sinto dor na mama		
Percebi um caroço		
Meu médico percebeu um caroço		
Sai secreção do meu mamilo		
Percebi o mamilo retraído		
Percebi a pele mais espessada		
Percebi uma retração (repuxão) na pele		
A prótese apresenta algum problema		
Estou com gânglios axilares aumentados		
Outro motivo		

Mama direita



Mama esquerda



Assinatura do Paciente

