SESC SAÚDE MULHER

ANAMNESE PARA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA

Nome da paciente:_____ Data: ___/___/___

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade:_____ RG: _____

PREENCHA CORRETAMENTE OS DADOS DA ANAMNESE PARA MELHOR AVALIAÇÃO DO EXAME.

1. Já realizou mamografia anteriormente?
   ( ) Sim ( ) Não Quando? Mês/ano: _____
2. Data da última menstruação? _____
3. Entrou na menopausa com que idade? _____
4. Faz uso de anticoncepcional, hormônio para menopausa ou tireóide?
   ( ) Sim ( ) Não TIPO:_____ Por quanto tempo?_____
5. Quantas vezes ficou grávida? _____Quantos filhos teve? _____
6. Amamentou?
   ( ) Sim ( ) Não Se sim, por quanto tempo?_____
7. Tem histórico de parentes com câncer de mama ou ovário?
   ( ) Sim ( ) Não Qual tipo:_____Quem: _____
8. Você já teve ou tem algum problema nas mamas?
   ( ) Sim ( ) Não Qual?_____
9. Já realizou algum tipo de cirurgia nas mamas, biópsia ou punção de algum nódulo na mama?
   ( )Sim ( ) Não Quando?_____ Qual mama?_____
   Qual procedimento? _____
10. Já realizou ultrassom das mamas?
    ( ) Sim ( ) Não
11. Possui implante de silicone?
    ( ) Sim ( ) Não Desde quando?_____
12. Está grávida? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

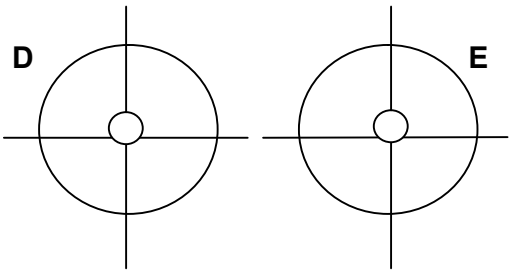
Declaro que as informações acima prestadas são de minha total responsabilidade e expressam a verdade.

_____

Assinatura da Paciente / Responsável

SESC SAÚDE MULHER

ANAMNESE PARA REALIZAÇÃO DE MAMOGRAFIA



	Sim	Não	Características
Secreção	( )	( )	_____
Nódulo Palpável	( )	( )	_____
Cicatrizes	( )	( )	_____
Nevus	( )	( )	_____

Paciente entregou exames anteriores?

( ) Sim ( ) Não

Descrever exames anteriores recebidos:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura da paciente/ Responsável

_____

Assinatura da Técnica em Radiologia