

CONSULTA DE MASTOLOGIA

DATA: / /

RG:

RM:

NOME:

IDADE:

COR: B☐ N☐ P☐ O☐

PROFISSÃO:

NATURALIDADE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CEP:

TEL:

MOTIVO DA CONSULTA: Nódulo☐ Dor☐ DP☐ Infamação☐ Alteração em exame de imagem☐ Outros☐

ANTECEDENTES PESSOAS: NDN☐ BK☐ CA☐ Diabetes☐ Hipertensão☐ Alergia☐ Doença da tireóide☐

Doença renal☐ DIP☐ Cardiopatia☐ Outros☐ Cirurgia ginecológica☐ Tabagista☐

Especifique:

ANTECEDENTES FAMILIARES: NÃO☐ DESCONHECE☐ SIM☐

PATOLOGIA	LOCALIZAÇÃO	PARENTESCO	IDADE	ESTADO ATUAL

ANTECEDENTES TOCO GINECOLÓGICOS:

MENARCA ANOS CICLO POST.: R☐ I☐ CICLOS ATUAIS.: R☐ I☐

MENOPAUSA: SIM☐ NÃO☐ ESP.☐ PROV.☐ DUM

GESTA.: PARA: AB. ESP.: AB. PROV.: P.N.: P. CES.:

ID. 1ª GESTA.: ID. 1º PARTO: ID. ULT. GESTA.: ID. ULT. PARTO:

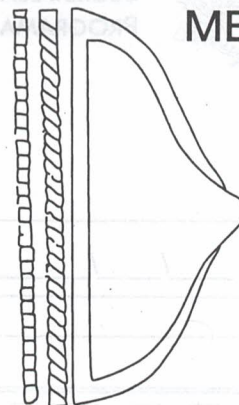
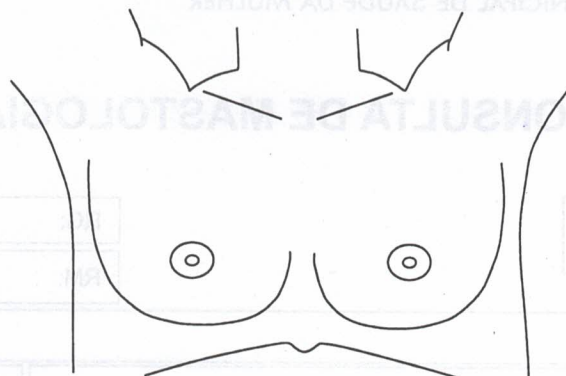
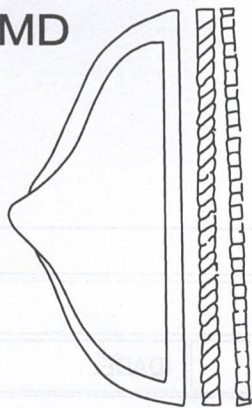
LACTAÇÃO: SIM☐ NÃO☐ Nº DE LACTAÇÕES: SUPRESSÃO: ESP.☐ PROV.☐

DUR. MAX.: DUR. MIN.: DUR. TOTAL: INTERC.: SIM☐ NÃO☐

MED. HORMONAL: SIM☐ NÃO☐ ESPECIFIQUE:

CIRURGIA MAMARIA: SIM☐ NÃO☐ ESPECIFIQUE:

EXAME CLÍNICO



HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:		
	N	M EST.

EXAMES SOLICITADOS:	

CONDUTA:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:	