

| | | | |
|--|-------------------|--|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mama esquerda não radiografada | | | |
| Pele* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Espessada <input type="checkbox"/> Retraída | | | |
| Tipo de mama:* <input type="checkbox"/> Densa <input type="checkbox"/> Adiposa <input type="checkbox"/> Predominantemente densa <input type="checkbox"/> Predominantemente adiposa <input type="checkbox"/> Parênquima deslocado anteriormente pelo implante <input type="checkbox"/> Mama reconstruída | | | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo | Localização _____ | Tamanho (em mm) _____ | Contorno _____ Limite _____ |
| Fez ultrassonografia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| <input type="checkbox"/> Hipoeicoico sólido <input type="checkbox"/> Cisto <input type="checkbox"/> Cisto com vegetação <input type="checkbox"/> Misto (sólido com regiões císticas) <input type="checkbox"/> Hipoeicoico (sugerindo conteúdo espesso) <input type="checkbox"/> Sem expressão | | | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo | Localização _____ | Tamanho (em mm) _____ | Contorno _____ Limite _____ |
| Fez ultrassonografia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| <input type="checkbox"/> Hipoeicoico sólido <input type="checkbox"/> Cisto <input type="checkbox"/> Cisto com vegetação <input type="checkbox"/> Misto (sólido com regiões císticas) <input type="checkbox"/> Hipoeicoico (sugerindo conteúdo espesso) <input type="checkbox"/> Sem expressão | | | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo | Localização _____ | Tamanho (em mm) _____ | Contorno _____ Limite _____ |
| Fez ultrassonografia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| <input type="checkbox"/> Hipoeicoico sólido <input type="checkbox"/> Cisto <input type="checkbox"/> Cisto com vegetação <input type="checkbox"/> Misto (sólido com regiões císticas) <input type="checkbox"/> Hipoeicoico (sugerindo conteúdo espesso) <input type="checkbox"/> Sem expressão | | | |
| <input type="checkbox"/> Microcalcificações | Localização _____ | Forma _____ | Distribuição _____ |
| <input type="checkbox"/> Microcalcificações | Localização _____ | Forma _____ | Distribuição _____ |
| <input type="checkbox"/> Microcalcificações | Localização _____ | Forma _____ | Distribuição _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria focal | Localização _____ | <input type="checkbox"/> Distorção focal | Localização _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria focal | Localização _____ | <input type="checkbox"/> Distorção focal | Localização _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria difusa | Localização _____ | <input type="checkbox"/> Área densa | Localização _____ |
| <input type="checkbox"/> Assimetria difusa | Localização _____ | <input type="checkbox"/> Área densa | Localização _____ |
| Linfonodos axilares* <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Não Visualizados <input type="checkbox"/> Aumentados <input type="checkbox"/> Densos <input type="checkbox"/> Confluentes <input type="checkbox"/> Dilatação ductal isolada na região retroareolar | | | |
| Achados benignos | | | |
| <input type="checkbox"/> Nódulo com densidade de gordura (sugere lipoma) <input type="checkbox"/> Calcificações vasculares <input type="checkbox"/> Distorção arquitetural por cirurgia <input type="checkbox"/> Nódulo calcificado (sugere fibroadenoma) <input type="checkbox"/> Calcificações tipicamente benignas <input type="checkbox"/> Implante sem sinais de ruptura <input type="checkbox"/> Nódulo com densidade heterogênea (sugere fibroadenolipoma) <input type="checkbox"/> Ginecomastia <input type="checkbox"/> Implante com sinais de ruptura <input type="checkbox"/> Cisto oleoso (esteatonecrose) <input type="checkbox"/> Linfonodos intramamários <input type="checkbox"/> Ectasia ductal <input type="checkbox"/> Outros _____ | | | |

CLASSIFICAÇÃO RADIOLÓGICA*

RECOMENDAÇÕES*

| Mama direita | Mama esquerda | Mama direita | Mama esquerda |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Categoria 0 - Avaliação adicional com ultrassonografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Complementação com ultrassonografia | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Categoria 1 - Sem achados mamográficos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mamografia a cada 2 anos | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Categoria 2 - Achados mamográficos benignos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mamografia em 1 ano | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Categoria 3 - Achados mamográficos provavelmente benignos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Controle radiológico em 6 meses | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Categoria 4 - Achados mamográficos suspeitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Controle radiológico em 1 ano | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Categoria 5 - Achados mamográficos altamente suspeitos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Citopatológico / Histopatológico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Categoria 6 - Achados mamográficos já biopsiados com diagnóstico de câncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Terapêutica específica | <input type="checkbox"/> |

Observações gerais _____

Data do resultado* _____

Responsável pelo laudo* _____

CRM* _____

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Opções disponíveis para preenchimento dos campos do Achado Radiológico.

IMPORTANTE: Não utilizar outras opções ou abreviações que não estejam descritas a seguir.

Localização: para descrição dos achados de localização para os campos de Nódulo, Microcalcificações, Assimetria focal, Assimetria difusa, Distorção focal e Área densa

QSL - Quadrante superior lateral

QIM - Quadrante inferior medial

UQmed - União dos quadrantes mediais

RC - Região central

QIL - Quadrante inferior lateral

UQlat - União dos quadrantes laterais

UQinf - União dos quadrantes inferiores

(união de todos os quadrantes)

QSM - Quadrante superior medial

UQsup - União dos quadrantes superiores

RRA - Região retroareolar

PA - Prolongamento axilar

Nódulos:

Tamanho sempre em milímetros

Contorno: Regular / Lobulado / Irregular / Espiculado

Limites: Definidos / Parcialmente definidos / Pouco definidos

Microcalcificações

Forma: arredondadas / Puntiformes / Irregulares / Ramificadas

Distribuição: Agrupadas / Segmento mamário / Trajeto ductal

Atenção: Para nódulos de contorno regular ou lobulado, registrar a realização ou não de ultrassonografia e o resultado

Atenção: Descrever a localização, tamanho, contorno e limite para cada nódulo observado. A mesma regra deve ser observada para as microcalcificações (localização, forma e distribuição)