



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE UNIDADES PRÓPRIAS



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MAMOGRAFIA

Identificação do Paciente

Nome _____
Nome da Mãe _____
Data de Nascimento _____ Telefone de Contato _____ Celular _____
CPF _____ Sexo () Masculino () Feminino
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ CEP _____

Solicitante

Unidade Solicitante _____ Município _____ Telefone _____
Médico Solicitante _____ CRM _____
Especialidade _____
Nome do Solicitante _____
CPF do Solicitante _____ Cartão SUS do Solicitante _____

Indicação Clínica

- 1- Paciente Internado () SIM () NÃO
2- História familiar de câncer de mama () SIM () NÃO
3- Estadiamento Oncológico () SIM () NÃO
4- Possui mamografia anterio () SIM () NÃO

Se positivo, levar exames anteriores.

Diagnóstico CID-10 _____

Indicação Clínica _____

Data/Hora

Assinatura

Carimbo