|  |
| --- |
| Nome: |
| Idade: ; D.N.: / / ; Data de Atendimento: / /  |
| Prontuário: Convênio: |

|  |
| --- |
| Telefone(s): |
| E-mail: |

|  |
| --- |
| **Queixa e duração:** |
| **H.M.A.:** |
|  |
|  |
|  |

**Antecedentes familiares:** □NDN

|  |
| --- |
| □Câncer de mama: |
|  |
| □Câncer de ovário: |
|  |

**Antecedentes pessoais:**

|  |
| --- |
| Cirurgia mamária pregressa □Não □Sim: |
| Menarca: ; Menopausa/DUM: ; G P ; 1ºP: ; Am.: ; MAC/TH: |
| Doenças: |
|  |
| Medicações: |
|  |
| Cirurgias: |
|  |

**Exames subsidiários:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Exame físico:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Conduta:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |